



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Psicomotricidade em Intervenção Precoce no STIP – ELI Sesimbra

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Pedro Parrot Morato

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Pedro Parrot Morato

Vogais:

Professor Doutor Marco Ferreira

Professora Doutora Teresa Brandão

Sofia Gomes da Silva

2014

“O essencial é invisível aos olhos”

(O pequeno príncipe)

AGRADECIMENTOS

Obrigada aos meus pais, não só por me proporcionarem toda a formação académica, mas sobretudo pelo apoio incondicional neste percurso.

Obrigada ao Tiago, por ser uma grandiosa fonte de suporte e motivação, pois sem o seu contributo tudo seria mais difícil.

Obrigada à Belinha, Filipa, Sara T., Sara S, Richard e Marta por poder partilhar convosco as minhas experiências e dúvidas.

Obrigada Professor Pedro Morato pela orientação neste trabalho, por esclarecer o meu turbilhão de dúvidas.

E obrigada a toda a equipa que me acolheu, sobretudo à Dra. Helena Gonçalves Rocha e à Dra. Isabel Valente da Cruz, pois foram modelos essenciais na minha aprendizagem.

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado no Serviço Técnico de Intervenção Precoce – Equipa Local de Intervenção de Sesimbra.

Durante a realização do estágio foram seguidas na totalidade 14 crianças, sendo que nove crianças foram acompanhadas em dois grupos: um de intervenção psicomotora e outro de âmbito preventivo. As outras cinco crianças foram acompanhadas de forma individual e em diversos contextos.

Neste documento é apresentado o estudo de caso de uma das crianças acompanhadas individualmente, que nasceu prematuramente e com diagnóstico de Trissomia 21, como modelo exemplificativo do trabalho desenvolvido em cooperação com a família. Os objetivos inicialmente delineados foram satisfatoriamente atingidos.

Para além destes aspetos, é também feito um enquadramento teórico das metodologias utilizadas e uma reflexão final sobre a globalidade da experiência.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora, Intervenção Precoce, Família, Trissomia 21, Prematuridade, Estudo de caso, ELI Sesimbra, Desenvolvimento Infantil, Fenótipo Comportamental, SNIPI.

ABSTRACT

The present report describes the work carried out during the internship in the context of the Psychomotor Therapy's Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Human Kinetics Faculty, developed in Serviço Técnico de Intervenção Precoce – Equipa Local de Intervenção de Sesimbra.

During the internship were followed 14 children, nine children were monitored in two groups: a psychomotor intervention and other preventive context. With other five children were carried out individual interventions and in different contexts.

In this report, the case study of a children individually monitored, who was born prematurely and diagnosed with Trisomy 21, as a model of exemplary work in cooperation with the family. The initially set objectives were satisfactorily achieved.

In addition to these aspects, it is also a theoretical framework of methodologies and a final reflection on the whole experience.

Key-words: Psychomotor Intervention, Early Intervention, Family, Trisomy 21, Prematurity, Case-study, ELI Sesimbra, Child Development, Behavioral Phenotype, SNIPI.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPA - Centro de Inovação e Participação Associativa

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DID - Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais

EABT - Espaço aqui brincamos todos

ELI- Equipa Local de Intervenção

IPI - Intervenção Precoce na Infância

GB - Grupo da brincadeira

GMDS - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

JI - Jardim de Infância

NSCDC - National Scientific Council on the Developing Child

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

PSP - Prestador de Serviços Primário

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

STIP - Serviço Técnico de Intervenção Precoce

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Enquadramento institucional e legal.....	2
1.1. Paralelismo entre o enquadramento institucional e legal.....	2
1.2. Modelo de atendimento.....	3
1.3. Relação com outros contextos de intervenção ou comunitários	5
2. Intervenção precoce.....	6
2.1. Razões para intervir precocemente	6
2.2. A era moderna da Intervenção Precoce.....	6
2.3. Definição de Intervenção Precoce e seus princípios	7
2.4. Principais influências teóricas	7
2.5. Práticas de Intervenção Precoce	8
2.6. Programas de Intervenção Precoce	8
3. Psicomotricidade.....	9
3.1. Breve revisão história da Psicomotricidade.....	9
3.2. Definição e princípios orientadores da Psicomotricidade	10
3.3. A Psicomotricidade e a Intervenção Precoce	11
III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	12
1. Tipo de população apoiada	12
2. Objetivos e atividades realizadas	12
2.1. Atividades de estágio.....	13
2.1.1. Grupo da brincadeira	13
2.1.2. Espaço aqui brincamos todos	14
2.1.3. Intervenções individuais.....	15
2.2. Calendarização das atividades de Estágio.....	17
2.2.1. Calendarização	17
2.2.2. Horário de estágio.....	18
3. Contextos de intervenção.....	19
3.1. Domicílio	19
3.2. Jardim de infância.....	19
3.3. Instalações do STIP	19
3.4. CIPA	20
4. Estudo de caso	20
4.1. Caracterização da criança e da família	20
4.2. Problemáticas	20

4.2.1. Trissomia 21	21
4.2.1.1. Diagnóstico	21
4.2.1.2. Etiologia	21
4.2.1.3. Características associadas	21
4.2.1.4. A especificidade do desenvolvimento da Trissomia 21 e o seu fenótipo comportamental	22
4.2.1.5. Intervenção terapêutica	23
4.2.2. Prematuridade	24
4.2.2.1. Definição	24
4.2.2.2. Principais causas	24
4.2.2.3. Implicações ao nível do desenvolvimento	24
4.3. Modelos e Instrumentos	25
4.3.1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths	25
4.3.2. Avaliação com referência a critério	25
4.4. Avaliação inicial e objetivos de intervenção	26
4.5. Tipologia das sessões e estratégias de intervenção	27
4.6. Avaliação final – discussão de resultados	28
5. Dificuldades e limitações	31
6. Atividades complementares de formação	31
IV. CONCLUSÃO	32
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36
ANEXO I – Exemplo de sessão do EABT	IX
ANEXO II – Exemplo de sessão do GB	XI
ANEXO III – Folhas de cotação da GMDS	XIII
ANEXO IV – Apresentação do caso em reunião de supervisão	XVII
ANEXO V – Plano de atividades para férias	XXVI

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Idade e diagnóstico da população apoiada	12
Tabela 2: Objetivos gerais, estratégias e balanço da intervenção do GB.....	13
Tabela 3: Objetivos gerais, estratégias e balanço da intervenção do EABT.....	15
Tabela 4: Objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações do R.S.....	15
Tabela 5: Objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações da T.O.....	16
Tabela 6: Objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações da A.R.....	16
Tabela 7: Objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações do R.F.....	17
Tabela 8: Calendarização das atividades realizadas	18
Tabela 9: Horário semanal.....	18
Tabela 10: Objetivos comportamentais do R.	27
Tabela 11: Análise dos objetivos de intervenção pré-definidos	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados da GMDS em idade mental.....	26
Gráfico 2: Percentagens de objetivos comportamentais atingidos	30

ÍNDICE DE IMAGENS

Ilustração 1: Livro utilizado na sessão de exemplo do EABT	X
Ilustração 2: Livro utilizado na sessão de exemplo do GB	XII
Ilustração 3: Fotografia identificativa de uma atividade da sessão do GB	XII

I. INTRODUÇÃO

Este documento pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante decorrido no ano letivo 2012/2013, realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

O estágio constitui a fase final de formação do mestrando e tem como objetivos gerais (Martins, Simões, & Brandão, 2012): estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando a promoção do enquadramento profissional e científico da área.

Portanto, pretende-se proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões, & Brandão, 2012).

O estágio desenvolveu-se no Serviço Técnico de Intervenção Precoce (STIP), uma das respostas sociais dadas pela Cercizimbra, que atualmente incorpora a Equipa Local de Intervenção (ELI) de Sesimbra, de acordo com o Decreto-Lei nº 281/2009. Esta última integra o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e age em articulação com as estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação.

Este relatório de estágio tem como finalidade aprofundar conhecimentos sobre algumas problemáticas associadas ao desenvolvimento e à aprendizagem; elucidar acerca das estratégias e benefícios da intervenção psicomotora em crianças acompanhadas pela ELI; descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, incluindo as de âmbito complementar; fundamentar teoricamente as várias decisões tomadas ao longo da intervenção e apresentar uma análise crítica acerca do balanço final da intervenção psicomotora, assim como de todo o estágio.

O documento está organizado em duas partes, sendo a primeira dedicada ao enquadramento da prática profissional, no qual se pretende realizar o paralelismo entre a caracterização institucional e o enquadramento legal atual, uma abordagem aos conceitos inerentes à intervenção precoce (IP) e os princípios da psicomotricidade (PM), terminando este fragmento fazendo a ponte entre estas duas conceções.

A segunda parte, onde se apresenta a realização da prática profissional, é constituída pela caracterização da população apoiada e descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio e os seus objetivos gerais. Sendo depois apresentada a calendarização das atividades e os contextos onde estas decorreram. O estudo de caso surge posteriormente, incluindo a sua caracterização e uma abordagem às suas problemáticas associadas, os instrumentos utilizados, a tipologia das sessões e estratégias, as duas avaliações concretizadas e a sua discussão. Por fim, segue-se uma apreciação crítica e reflexiva acerca do processo de estágio e dos seus contributos a nível pessoal e profissional.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

1. Enquadramento institucional e legal

Neste ponto será caracterizado o STIP – ELI de Sesimbra fazendo correlação com o enquadramento legal atual, Decreto-Lei nº 281/2009. Com esta organização pretende-se dar ao leitor uma compreensão clara acerca do funcionamento de uma ELI.

Posteriormente descrevendo o seu modelo de atendimento e a relação da equipa com outros contextos de intervenção.

1.1. Paralelismo entre o enquadramento institucional e legal

De seguida será realizada a descrição da instituição onde se realizou o estágio juntamente com o enquadramento legal.

O STIP, incluído na Unidade Integrada de Atendimento à Infância, surge como uma das respostas sociais dadas pela Cercizimbra. Esta última é uma Cooperativa de Solidariedade Social que germinou, com um forte enfoque educacional, a partir do esforço e empenho de um grupo de familiares de crianças com deficiência em maio de 1976. Como tal, guia-se pelos princípios de solidariedade social e de cooperativismo, tendo como missão o acompanhamento de projetos de vida de crianças, jovens e adultos com deficiência e/ou em risco e o suporte à infância e juventude (Cercizimbra, 2013).

O STIP iniciou funções em junho de 1993 com propósitos bem claros, nomeadamente o de sensibilizar a comunidade para a deteção precoce de situações de risco (ou em vias de o ser), a deteção precoce da etiologia do problema e/ou situação de risco e ainda a promoção da inclusão das famílias e das suas crianças na comunidade (Cercizimbra, 2013). Nesta altura, esta iniciativa foi indubitavelmente inovadora, devido à perspetiva de intervenção com famílias decorrente do modelo centrado na família.

Atualmente, esta resposta social incorpora a ELI de Sesimbra, de acordo com o Decreto-Lei nº 281/2009, integrando o SNIPI e em articulação com as estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação (Cercizimbra, 2013).

O Decreto-Lei supracitado considera Intervenção Precoce na Infância (IPI) como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei nº 281/2009).

A implementação do sistema criado ao abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99 revelou a importância deste modelo de intervenção, embora se tenha verificado também uma distribuição territorial de respostas não uniforme. Como tal, surgiu a necessidade de cumprimento da universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce através da criação do SNIPI, formalizado pelo Decreto-Lei nº 281/2009 (Decreto-Lei nº 281/2009). De acordo com a mesma fonte, “o SNIPI abrange as crianças entre os zero e os seis anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”. E pretende: “a) assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional; b) detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; c) intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e e) envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social” (Decreto-Lei nº 281/2009).

Relativamente à ELI, esta é responsável por “a) identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; b) assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; c) encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; d) elaborar e executar o Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação; e) identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; f) articular, sempre que se justifique, com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; g) assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; h) articular com os docentes das creches e jardins -de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI” (Decreto-Lei nº 281/2009).

A ELI Sesimbra é constituída por vários profissionais nomeados pelos diferentes Ministérios, como resultado de articulação entre os mesmos. No que diz respeito ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, a Cercizimbra celebra um acordo de cooperação para efeitos de contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos (Decreto-Lei nº 281/2009). Neste sentido, esta Cooperativa cede os seguintes profissionais à ELI: uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (atualmente coordenadora da ELI), uma Psicóloga, uma Técnica de Política Social e uma Terapeuta da Fala, sendo também Terapeutas Familiares. A equipa é ainda constituída por duas profissionais nomeadas pelo Ministério da Educação e por uma Assistente Social, uma Psicóloga, um Enfermeiro e um Médico, designados pelo Ministério da Saúde (Cercizimbra, 2013).

1.2. Modelo de atendimento

No presente ponto são descritos os vários procedimentos relativos aos processos de referenciação, triagem (tendo em conta os critérios de elegibilidade para apoio do SNIPI) e de execução do PIIP.

Inicialmente é recebida na ELI a ficha de referenciação (modelo nacional) devidamente preenchida pela entidade referenciadora, onde se efetua a identificação da criança/família e do referenciador, os serviços em que a criança/família está envolvida e os motivos de referenciação da criança. A referenciação é efetuada por qualquer elemento com competência para o efeito e é enviada para a sede da ELI da área de residência da família ou outra área geográfica mais adequada (creche ou jardim de infância que a criança frequenta).

De acordo com o Decreto-Lei nº 281/2009, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os zero e os seis anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1. Alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social. Estas alterações dividem-se em dois subgrupos:

- 1.1 Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, feita por profissionais competentes para o efeito (SNIPI, 2010).

- 1.2 Condições específicas, baseadas num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, como anomalias cromossómicas, perturbações neurológicas, malformações congénitas, doenças metabólicas, défices sensoriais, perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a

narcóticos, perturbações relacionadas com infeções severas, doenças crónicas grave, desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação e perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais (SNIPI, 2010).

2. Risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de diferença global do desenvolvimento da criança.

Os riscos podem decompor-se em dois subgrupos:

2.1. Crianças expostas a fatores de risco biológico, incluindo crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento. E baseiam-se num diagnóstico relacionado com a história familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento, exposição intrauterina a tóxicos, complicações pré-natais severas, prematuridade, muito baixo peso à nascença, atraso de crescimento intrauterino, asfíxia perinatal grave, complicações neonatais graves, hemorragia intra ventricular, infeções congénitas, crianças VIH positivas, infeções graves do sistema nervoso central, traumatismos cranianos graves e otite média crónica com risco de défice auditivo (SNIPI, 2010).

2.2. Crianças expostas a fatores de risco ambiental que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar (SNIPI, 2010).

2.2.1. São entendidos como fatores de risco parentais: mães adolescentes com menos de 18 anos, abuso de álcool ou outras substâncias aditivas, maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação), doença do foro psiquiátrico, doença física incapacitante ou limitativa (SNIPI, 2010).

2.2.2. Consideram-se como fatores contextuais: isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais, discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual, discriminação religiosa, conflitualidade na relação com a criança, pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social, desempregados, famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social), desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente, negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene), preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança (SNIPI, 2010).

Todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental são elegíveis. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco) (SNIPI, 2010).

Durante o processo de triagem, é realizada a análise da ficha de referência e o encaminhamento para o primeiro contacto com o elemento referenciador e a família (caso a família não o seja) de forma a conhece-la melhor, preenchendo para efeitos burocráticos a ficha de caracterização da criança/família, abordando juntamente as suas preocupações e necessidades relativamente à criança.

Após este primeiro contacto, em reunião de equipa verifica-se se existem os critérios de elegibilidade para a obtenção de apoio do SNIPI. Em caso afirmativo, procede-se posteriormente à avaliação da criança e da família e é elaborado o PIIP.

O PIIP baseia-se na avaliação da criança no seu contexto familiar com o intuito de definir as medidas e ações a desenvolver para assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições. No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) Identificação dos recursos e necessidades da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;

- c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;
- d) Definição da periodicidade da realização das avaliações realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente escolar;
- f) O PIIP deve articular-se com o Plano Educativo Individual, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins de infância ou escolas básicas do 1º ciclo (Decreto-Lei nº 281/2009).

Portanto, no PIIP é importante clarificar o que se pretende atingir (objetivos), quem faz (fontes de apoio), como faz (estratégias), quando se pensa atingir tais objetivos e posteriormente a avaliação do processo de intervenção com a família. O PIIP deve ser revisto com a família cada vez que haja necessidade de alterar um ou mais dos aspetos acima mencionados.

Posteriormente decide-se em reunião de casos qual o profissional da equipa que será o Prestador de Serviços Primário (PSP), isto é, o profissional que fará intervenção direta com a família e a criança. Procedendo-se, desta forma, à apresentação do PSP à família e a outras entidades que possam estar envolvidas e decidindo-se também qual o contexto ou contextos de intervenção privilegiados.

1.3. Relação com outros contextos de intervenção ou comunitários

Este tópico descreve as diversas ligações que a equipa mantém com outros contextos, sendo estas de diferentes naturezas (clínica, comunitária e educacional).

A ELI desenvolve um projeto de intervenção com grupos de famílias, “Espaço aqui brincamos todos” (EABT), em duas vilas do concelho em espaços cedidos pela Câmara de Sesimbra (Centro de Inovação e Participação Associativa – CIPA – e na Biblioteca Municipal de Sesimbra).

A equipa realiza reuniões clínicas trimestrais com o Hospital Garcia da Orta, designadamente com a equipa constituinte do Centro de Desenvolvimento Torrado da Silva, com o intuito de partilhar informações e debater algumas questões de casos de atendimento comum e ainda para encaminhamento de crianças elegíveis para IPI.

Todos os elementos da equipa e, por vezes os representantes da Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, reúnem-se mensalmente na Unidade de Saúde Familiar (USF) Castelo para partilha e esclarecimento de informações relativamente ao funcionamento da ELI, assim como de determinados casos de atendimento.

Recentemente, a ELI começou a articular com a USF Conde, na Quinta do Conde, com o intuito de efetivar alguns atendimentos nas suas instalações.

No que diz respeito à Educação, a equipa mantém uma estreita parceria com todas as Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho que possuem creches e jardins de infância, dinamizando ações conjuntas ao longo do ano (como o projeto “Falar de...”) e sensibilizando as mesmas para a deteção precoce e intervenção nos casos elegíveis para IPI. A ELI assegura um contacto constante com estas entidades no sentido de implementar os PIIP.

O projeto “Falar de...” surge em parceria com diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho e culmina numa exposição itinerante para a primeira infância realizada entre janeiro e abril. O tema de cada exposição é definido anualmente em conjunto com as várias entidades envolvidas, pretendendo envolver a comunidade através de mecanismos articulados de suporte social.

2. Intervenção precoce

Neste campo serão abordadas as razões que levam à pertinência de intervir precocemente, bem como a definição de IP, os seus princípios, os modelos teóricos e as práticas atuais.

2.1. Razões para intervir precocemente

A influência extraordinariamente forte das experiências precoces na arquitetura do cérebro leva a que os primeiros anos de vida sejam considerados períodos de grandes oportunidades e ao mesmo tempo de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento do cérebro (National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Pois o cérebro em desenvolvimento consegue ser modificado por experiências positivas e negativas. Por um lado, os stressores podem causar consequências adversas para o cérebro em desenvolvimento, assim como as experiências positivas podem ter benefícios a longo prazo (Nelson, 2000).

Muitos aspetos fundamentais da arquitetura do cérebro estão estabelecidos bem antes de uma criança entrar na escola, através de uma série contínua de interações dinâmicas em que as condições ambientais e as experiências pessoais têm um impacto significativo na forma como as predisposições genéticas são expressas. Determinadas experiências afetam circuitos específicos do cérebro durante fases peculiares de desenvolvimento, referidas como períodos sensíveis, portanto é crucial aproveitar essas oportunidades no processo de desenvolvimento. A qualidade do ambiente e a disponibilidade de experiências adequadas nessas fases de desenvolvimento são determinantes na arquitetura do cérebro (NSCDC, 2007).

Os princípios básicos das neurociências indicam que o suporte de condições favoráveis para o desenvolvimento da primeira infância é mais eficaz e economicamente mais rentável em comparação com uma intervenção mais tardia perante adversidades (Knudsen, Heckman, Cameron & Shonkoff, 2006). Como tal, problemas de origem genética, biológica e ambiental podem ser ultrapassados através de intervenções planeadas atempadamente e de qualidade (Guralnick & Conlon, 2007), existindo assim maior probabilidade de se obterem resultados positivos em termos de desenvolvimento (Shonkoff & Phillips, 2000).

2.2. A era moderna da Intervenção Precoce

A nível internacional, a era moderna da intervenção precoce iniciou-se na década de sessenta, com a primeira tentativa de desenvolver um programa de intervenção precoce com o envolvimento da família, designado *Project Head Start*. Este projeto inovador foi baseado na convicção do impacto crucial das experiências da primeira infância no desenvolvimento posterior. O projeto investiu bastante esforço no envolvimento parental, os pais eram alvo de formação para se poderem tornar coterapeutas dos seus filhos. Este sistema era caracterizado por um serviço multidimensional e abrangente com uma gama de profissionais para prestar apoios educacionais, médicos, odontológicos, nutricionais, psicológicos e sociais. Este programa foi de tal modo bem-sucedido que se mantém até aos dias de hoje e deu origem a outros programas semelhantes (Meisels & Shonkoff, 2000).

Portugal entrou na era moderna da intervenção precoce por volta da década de oitenta, o Programa Portage para Pais foi um projeto de investigação-ação pioneiro da Direção e Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica que se distinguiu dos programas anteriores por ir além da simples estimulação da criança. Este projeto, esboço de trabalho transdisciplinar, envolvia diretamente os pais como parceiros dos técnicos e um gestor de caso ou técnico responsável por supervisionar o desenrolar do programa de determinada família (Almeida, 2009). Embora estes dois projetos assinalem, a diferentes níveis, o começo da era moderna da intervenção precoce é evidente uma evolução entre

as práticas de intervenção da altura e as atuais. Tal acontece por influência dos modelos transacional e ecológico que vieram salientar a interdependência entre a criança e os seus contextos de desenvolvimento (Pimentel, 2005).

Segundo Turnbull, Turbiville e Turnbull (2000), o modelo centrado na família considera a família como o foco do serviço, enfatizando as suas necessidades e desejos, sendo a prestação de serviços orientada por estes. Este modelo pressupõe o estabelecimento de uma relação de parceria entre a família e o profissional de modo que a família sinta o controlo da situação e que se reforce o funcionamento familiar proporcionando serviços que maximizem as competências e conhecimentos da mesma.

Quando a prestação de serviços de intervenção precoce é orientada por este modelo, o trabalho em equipa tende a ser transdisciplinar (Pimentel, 2005), potencializando a comunicação, interação e cooperação entre os diversos profissionais e destes com a família. Embora todas as decisões relativas à avaliação, planeamento e implementação sejam tomadas em consenso por todos os elementos, o plano de intervenção é efetivado apenas pela família e pelo profissional nomeado como gestor de caso (Meisels & Shonkoff, 2000).

2.3. Definição de Intervenção Precoce e seus princípios

Atualmente, a intervenção precoce na infância pode ser compreendida como o proporcionar de apoios e recursos às famílias de crianças em idades precoces, através de atividades desenvolvidas pelos elementos das redes sociais formais e informais, que direta e indiretamente influenciam o funcionamento da criança e da família (Dunst & Trivette, 2009).

Segundo (Dunst, 2007), a intervenção precoce é operacionalizada segundo três princípios. Primeiro, as experiências e as oportunidades proporcionadas às crianças com necessidades especiais devem reforçar a autoiniciativa e autoaprendizagem e ainda promover a aquisição de competências comportamentais funcionais e o reconhecimento das suas capacidades para surtir efeitos e consequências esperadas. Segundo, a aprendizagem da criança mediada pela família é eficaz na medida em que reforça a confiança dos pais e as suas competências no suporte de experiências e oportunidades de aprendizagem que fomentam e reforçam o desenvolvimento. Por último, o papel dos profissionais de intervenção precoce é apoiar e fortalecer a capacidade dos pais para proporcionar aos seus filhos as experiências e oportunidades através da identificação das qualidades e características mais passíveis de maximizar as competências da família e da criança.

2.4. Principais influências teóricas

As presentes práticas de intervenção precoce baseiam-se nas teorias do desenvolvimento contemporâneas, designadamente, nas teorias transacionais, bioecológicas e sistémicas que foram salientando a importância das interações que se estabelecem entre a criança e o meio envolvente e o impacto que os diversos contextos, onde a criança se insere, têm no seu desenvolvimento (Almeida, 2009).

O modelo transacional de Sameroff foi das primeiras teorias do desenvolvimento a salientar os efeitos bidirecionais e transacionais da criança e do envolvimento (Almeida, 2009). Segundo este modelo, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações dinâmicas contínuas da criança e a experiência providenciada pelo seu contexto social. O que é inovador neste modelo é precisamente a igualdade de relevância dada aos efeitos da criança e do envolvimento, as experiências proporcionadas pelo envolvimento não são vistas como independentes da criança (Sameroff & Fiese, 2000).

Bronfenbrenner também enfatizou a necessidade de compreender e intervir nos contextos em que se insere a criança (Almeida, 2009). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner ou modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (Bronfenbrenner & Morris,

2006) é o resultado da evolução e transição de um modelo focado no envolvimento, modelo ecológico, para um centrado nos processos. Segundo este constructo, o desenvolvimento é definido como um fenómeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas do ser humano. Os processos proximais, elementos fulcrais que integram formas particulares de interação entre o indivíduo e o meio, surgem como os principais agentes de desenvolvimento, sendo influenciados pelas características da pessoa em desenvolvimento, bem como pelos contextos imediatos ou mais remotos e pelos períodos de tempo em que ocorrem.

As conceptualizações acima abordadas vieram enfatizar o papel da família na prestação de serviços de intervenção precoce. Como tal, os atuais programas defendem uma avaliação e intervenção nos contextos de vida da criança, empregando práticas de acordo com os interesses da mesma e integradas nas rotinas diárias (Pimentel, 2005).

2.5. Práticas de Intervenção Precoce

As atuais práticas de intervenção precoce assentam no paradigma de construção de capacidades (*Capacity-Building Paradigm*), versão revista e atualizada da abordagem de habilitação e capacitação das famílias (*Enabling and Empowering Families*; Dunst & Trivette, 2009), que se debruça sobre as preocupações e prioridades, apoios e recursos, capacidades e interesses dos membros da família e ainda nas práticas de capacitação e cooperação. Sendo, portanto, imprescindível identificar as preocupações e prioridades, assim como os apoios e recursos que podem ser usados para consignar tais inquietações e serem valorizadas as capacidades, competências e interesses da família para obtenção das fontes de suporte. Para tal, devem ser empregues práticas de ajuda relacional, isto é, de escuta ativa, empatia e respeito, e de ajuda participativa, ou seja, práticas que sejam individualizadas, flexíveis e responsáveis relativamente às preocupações e prioridades da família, envolvendo escolhas informadas por parte da mesma, assim como a sua participação nas metas e resultados desejados.

A promoção das capacidades da criança e da sua família torna-os mais competentes e confiantes no desempenho do papel parental de forma a potencializar as fontes de oportunidades naturais de aprendizagem da criança no contexto de vida familiar. A comunidade pode surgir também como parceira desta intervenção, uma vez que é também um contexto gerador de oportunidades de aprendizagem e que pode proporcionar apoios e recursos que respondam às prioridades e necessidades da família (Dunst, 2007).

McWilliam (2010) defende as práticas de intervenção precoce nos contextos naturais da criança, enfatizando uma compreensão ecológica da família, um plano de intervenção familiar, uma visão integrada dos serviços com visitas domiciliárias eficazes e consultoria. O ecomapa pode ser um método válido para compreender a família através da identificação da quantidade e qualidade de suporte da mesma e ainda um meio para demonstrar o interesse e estabelecer uma relação entre ambos. Para traçar objetivos funcionais e baseados nas prioridades da família, McWilliam (2010) sugere a Entrevista Baseada nas Rotinas. Este sublinha também o papel do PSP, isto é, de um profissional que provisiona suporte semanal à família apoiado por uma equipa com outros profissionais que providenciam serviços à criança e à família através de visitas domiciliárias conjuntas. Com estas visitas domiciliárias pretende-se fornecer suporte emocional, material e informacional. Para além da família, o PSP deve realizar visitas aos contextos passíveis de influenciar a trajetória de desenvolvimento da criança, como a creche ou o jardim de infância que a criança frequenta.

2.6. Programas de Intervenção Precoce

Guralnick (2001; 2005) considera que os programas de intervenção precoce devem ser abrangentes, subsistindo colaboração entre os vários serviços de forma a conceber um

programa coerente de intervenções que tenham valor funcional para a criança e a sua família. Este deve centrar-se na intervenção nas famílias, nomeadamente na corresponsabilização da família, no estabelecimento de uma relação de parceria entre pais e profissionais e, por fim, no reconhecimento do valor dos padrões de interação familiar na promoção do desenvolvimento e no bem-estar das crianças. Segundo o autor, a intervenção precoce deve objetivar a maximização dos padrões de interação familiar, pois diversas circunstâncias podem perturbar estes padrões e, conseqüentemente comprometer o desenvolvimento da criança. Quando os stressores dos padrões de interação familiar surgem numa família com um filho com risco biológico ou com uma deficiência, o sistema de intervenção precoce deverá avaliar estes stressores e proporcionar à família a informação, recursos e rede social de apoio necessários para reduzir os seus efeitos. Quando as características da própria família também operam como stressores destes padrões, nomeando-se fatores de risco ambiental, o sistema de intervenção precoce deverá proceder do mesmo modo de forma a fortalecer a família. Após uma análise comparativa, foi possível concluir que a organização do SNIPI vai de encontro com o modelo de Guralnick (2001;2005). Dada a pertinência do mesmo, de seguida são apresentados os componentes do modelo:

- Despiste e sinalização precoce a partir de critérios de identificação;
- Monitorização e vigilância dos casos em situação de risco, mas que não vão de encontro com todos os critérios de sinalização;
- Ponto de acesso, componente crucial do sistema, que organiza toda a informação, avalia e referencia as famílias para os programas de intervenção;
- Avaliação interdisciplinar abrangente que permite um diagnóstico da situação;
- Elegibilidade, onde se decide se a família entra no programa de intervenção precoce, se permanece em situação de vigilância ou entra num programa de intervenção preventivo;
- Avaliação dos stressores que permite que a intervenção seja ajustada a cada família;
- Desenvolvimento e implementação de um programa abrangente em conjunto com a família, enquadrando-se dentro das suas rotinas;
- Monitorização e avaliação dos resultados de forma continuada e segundo critérios de êxito;
- E o planeamento da transição de modo a facilitar este processo que é sempre um momento difícil para a família.

3. Psicomotricidade

De seguida será feita uma pequena revisão histórica ao conceito de psicomotricidade, passando depois à apresentação da sua definição e princípios inerentes a esta, para depois fazer-se a ponte entre a psicomotricidade e a intervenção psicomotora.

3.1. Breve revisão história da Psicomotricidade

De acordo com Fonseca (2007), o enquadramento histórico da psicomotricidade permite, de algum modo, compreender a significação do corpo ao longo da civilização humana. O corpo começa a ser estudado apenas durante o século XIX, primeiro por neurologistas para um melhor entendimento das estruturas cerebrais e depois por psiquiatras com o intuito de esclarecer fatores patológicos. Neste último âmbito, Ernest Dupré (1909) introduz o conceito de “psicomotricidade” através dos estudos sobre a “debilidade motora” (Fonseca, 2007). Os resultados da sua investigação concluíram que os problemas motores não eram causados por lesões neurológicas propriamente ditas, mas devido ao desenvolvimento funcional dos indivíduos. Tal abriu novas e interessantes expectativas de investigação que seriam continuadas por Wallon, Otzereski, Gessel, Leri e Ajuriaguerra (Ortega & Obispo, 2007).

Henri Wallon é, segundo Fonseca (2007), o grande pioneiro da psicomotricidade enquanto campo científico, devido à influência da sua obra ao longo das décadas e em

vários campos de formação. Para Wallon (1925), o movimento era a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo, destacando a ação recíproca entre as funções mentais e as motoras. Ajuriaguerra desenvolveu bastante atividade científica continuando a obra de Wallon, consolidando os princípios e as bases da psicomotricidade (Fonseca, 2007).

Piaget contribuiu também para o quadro referencial da psicomotricidade na medida em que os seus estudos salientam a atividade psíquica e motora como uma unidade funcional, constituindo a base do desenvolvimento da inteligência. Sendo a atividade motora o ponto de partida do desenvolvimento intelectual, uma vez que os primeiros anos de vida são caracterizados por uma inteligência sensoriomotora (Ortega & Obispo, 2007).

3.2. Definição e princípios orientadores da Psicomotricidade

A psicomotricidade é, de acordo com Fonseca (2010, p.1), “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e o corpo, e, entre o psiquismo e a motricidade, emergentes da personalidade total, singular e evolutiva que caracteriza o ser humano, nas suas múltiplas e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivas.”. Partindo deste princípio, a psicomotricidade pressupõe como objetivos: educar a capacidade perceptiva a partir das sensações do próprio corpo, estimular a capacidade representativa e simbólica e ainda favorecer a disponibilidade intelectual do indivíduo, preparando-o para realizar aprendizagens (Minguillón, 2005).

Pois a prática da psicomotricidade assenta sobre o princípio de que o desenvolvimento das capacidades mentais complexas se desenvolvem apenas com o controlo e conhecimento da própria atividade corporal, isto é, através de um adequado esquema corporal (Ortega & Obispo, 2007).

A psicomotricidade parte de uma abordagem holística do ser humano, sobretudo da sua aprendizagem, associando dinamicamente o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos símbolos e conceitos, ou seja, associar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes (Fonseca, 2001). E de uma abordagem do movimento enquanto realização por parte de um indivíduo que se encontra em relação com o outro e com o mundo, onde o sujeito mediante o seu próprio movimento sintetiza tanto a dimensão motora, em sentido restrito, como a cognitiva, a afetiva ou a relacional (LLinares & Rodriguez, 2003). Deste modo, o psicomotricista considera o corpo como o local de manifestação de todo o ser, sendo necessário contextualizá-lo relativamente ao envolvimento ecológico de modo a compreender o que exprime (Martins, 2001).

Vários estudos e experiências corroboram a múltipla função da psicomotricidade: preventiva, educativa, reeducativa e terapêutica (Fonseca, 2010; Minguillón, 2005), cujos campos da psicomotricidade se devem integrar nas várias vertentes interventivas do sistema de saúde, de segurança social ou de bem estar (Fonseca, 2010).

De acordo com a história do indivíduo e da sua personalidade, da natureza e características das suas dificuldades, do contexto de intervenção, bem como da própria formação profissional do psicomotricista, as práticas psicomotoras podem desenvolver-se em contextos de ação distintos (Martins, 2001). Por um lado, poderá valorizar a componente relacional e psicoafetiva, fortemente influenciada pela corrente psicodinâmica, debruçando-se sobretudo na problemática da identidade e da fusionalidade. Onde é permitida a expressividade pulsional do indivíduo, o reinvestimento no terapeuta como agente securizador e assegurar o desejo de interrelação com o mundo.

Por outro lado, poderá incidir na componente instrumental da atividade, ou seja, numa relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento. Através da experiência sensoriomotora pretende-se desenvolver a

atividade perceptiva, simbólica e conceptual, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da ação.

Para Joly (2007), a principal diferença entre estas duas componentes está no modo como cada profissional utiliza a sua técnica, podendo centrar-se no sintoma e conduzindo as sessões de forma mais diretiva, segundo a abordagem instrumental ou analisando as dificuldades da criança segundo a globalidade do ser psicomotor, salientando a relação entre criança-terapeuta e o jogo espontâneo, segundo um prisma relacional.

3.3. A Psicomotricidade e a Intervenção Precoce

A intervenção precoce trata-se de um campo de trabalho em contínua evolução e que tem incorporado sucessivamente diversas modalidades de intervenção. Entre estas encontra-se a psicomotricidade com considerável valorização nos últimos anos (Gras, 2004).

O desenvolvimento psicomotor é uma área crucial no desenvolvimento global da criança, entendido como um processo dinâmico e complexo, consequente da interação entre fatores genéticos e ambientais, que se baseia na evolução biológica, psicológica e social, resultando na maturação orgânica e funcional do sistema nervoso, bem como no desenvolvimento de funções psíquicas e na estruturação da personalidade (López, Sánchez & Ibáñez, 2004). A maturação do sistema nervoso e as experiências vividas permitem evoluir da atividade indiferenciada para a atividade consciente. Para tal, são necessárias condições gerais de desenvolvimento da criança, designadamente a noção do próprio corpo, a noção de objeto e a noção dos outros. A interação constante entre a criança, o mundo dos objetos e dos outros, é que permite ao sujeito construir o “eu” (Minguillón, 2005).

Pois a criança aprende a partir do seu corpo, ao mesmo tempo que vai elaborando uma imagem do outro nas relações com este, projetando todas estas vivências em conhecimento e no uso que vai fazer do espaço e dos objetos. Quando existem dificuldades passíveis de influenciar este trajeto de desenvolvimento é necessário proporcionar à criança experiências que permitam identificar o seu próprio corpo e o do outro para progressivamente amadurecerem as suas possibilidades motoras, afetivas e cognitivas (LLinares & Rodriguez, 2003). Todas as problemáticas que se repercutem no desenvolvimento natural da criança podem ser observadas na evolução do seu esquema corporal e, naturalmente, no seu comportamento psicomotor (Minguillón, 2005).

III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo será abordada a prática profissional no STIP-ELI Sesimbra. Primeiro será apresentada a população apoiada neste serviço e os objetivos e atividades realizadas no mesmo. Posteriormente será feita uma breve descrição dos contextos onde decorreram essas atividades e a sua calendarização. Apresentando depois o estudo de caso, os instrumentos utilizados e a descrição de todo o percurso do projeto terapêutico. Por fim, serão apresentadas dificuldades e limitações sentidas, bem como as atividades complementares de formação.

1. Tipo de população apoiada

Durante a realização do estágio foram acompanhadas 14 crianças. As intervenções não se iniciaram todas ao mesmo tempo, a atribuição das crianças foi realizada gradualmente através das reuniões de caso semanais, conforme foram chegando as sinalizações à ELI. Os casos atribuídos foram supervisionados e apoiados pela Orientadora local.

Nove crianças foram acompanhadas em dois grupos: um de intervenção psicomotora, designado “grupo da brincadeira” (GB) e outro de âmbito preventivo, nomeado EABT. Embora estas ações tenham sido tuteladas por elementos da equipa. As outras cinco crianças foram acompanhadas de forma individual e em diversos contextos.

Na fase inicial de estágio, as idades das crianças apoiadas variavam entre os 20 meses e os cinco anos de idade, sendo cinco do género masculino e quatro do feminino. No que diz respeito ao diagnóstico, sete das crianças apoiadas tinham diagnósticos enquanto as outras não tinham diagnóstico atribuído.

Na seguinte tabela (1) são apresentadas as informações relativas às crianças que constituíam o GB e as que foram acompanhadas individualmente. Não constam na tabela as que frequentaram o EABT, uma vez que é um espaço-tempo de prevenção primária, aberto à comunidade.

Tabela 1: Idade e diagnóstico da população apoiada

Criança	Idade no início de intervenção (em anos e meses)	Diagnóstico
R. G.	20m	Trissomia 21
R. S.	5a 2m	Sem diagnóstico
T. O.	2a 1m	Sem diagnóstico
A. R.	5a 2m	Atraso Global do Desenvolvimento
R. F.	3a 8m	Perturbação do Espectro do Autismo
T. S.	22m	Síndrome de Prader Willi
I. M.	2a e 5m	Hemiparesia direita
T. L.	3a 3m	Síndrome polimalformativa
C. C.	2a 9m	Atraso Global do Desenvolvimento

2. Objetivos e atividades realizadas

O estágio realizado tem como objetivo primordial proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional através da aquisição de competências ao nível da intervenção psicomotora e de todos os seus processos inerentes, assim como da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões, & Brandão, 2012).

No que respeita à intervenção psicomotora realizada no âmbito do desenvolvimento e aprendizagem pressupõe-se, com este estágio, a aquisição de competências necessárias para desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de perturbação e desordens/distúrbios com implicações na avaliação

e planeamento da intervenção em reabilitação psicomotora (Martins, Simões, & Brandão, 2012).

Portanto, o estágio no STIP-ELI Sesimbra incluiu atividades de avaliação do desenvolvimento psicomotor e sintomatológico, assim como o estabelecimento do perfil intraindividual e a elaboração e utilização de programas no âmbito da reabilitação psicomotora.

2.1. Atividades de estágio

Os níveis de autonomia e responsabilidade não foram idênticos em todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Como referido no primeiro tópico deste capítulo, o GB e o EABT foram atividades continuamente tuteladas por elementos da equipa, tendo a estagiária responsabilidade indireta nestas situações. Por outro lado, todos os acompanhamentos individuais ficaram da inteira responsabilidade da estagiária, embora com permanente supervisão da Orientadora local e assistência da restante equipa.

Seguidamente serão apresentados particularmente o tipo de participação da estagiária e os objetivos e as estratégias referentes ao GB, ao EABT e também os objetivos, as estratégias de intervenção, a avaliação qualitativa e outras observações pertinentes dos casos acompanhados individualmente.

2.1.1. Grupo da brincadeira

O GB era um grupo de intervenção psicomotora, frequentado por famílias de crianças que tinham inúmeras terapias, como tal, pretendia-se proporcionar às famílias um contexto de intervenção descontraído, tendo em consideração os objetivos delineados para cada uma. Segundo Onofre (2003), o próprio grupo é gerador de sensibilidades e de conhecimentos que promovem a organização de estruturas adaptáveis às situações que são experimentadas. E que a iniciativa, a descoberta, a criatividade, a responsabilidade e a comunicação patentes nestas sessões permitem a resolução de problemas da sua aprendizagem, bem como o reconhecimento de si próprio.

Na presente tabela são apresentados os objetivos gerais, as principais estratégias utilizadas e o balanço final da intervenção.

Tabela 2: Objetivos gerais, estratégias e balanço da intervenção do GB

Objetivos gerais	Estratégias	Balanço da intervenção
Proporcionar momentos de bem-estar às famílias em contexto de intervenção; Promoção de competências parentais para potencializar as fontes de oportunidades naturais de desenvolvimento psicomotor das suas crianças no contexto de vida familiar.	Abordagem lúdica da intervenção; Valorização das capacidades, competências e interesses das famílias; Facultar à família os objetivos e estratégias das atividades desenvolvidas.	As famílias foram assíduas, justificando em caso de ausência. Os adultos afirmaram dar continuidade às atividades propostas na sessão no contexto familiar, sendo corroborado pelas evoluções verificadas ao nível do desenvolvimento psicomotor das crianças.

Relativamente à dinâmica destas sessões, estas tinham rituais bem claros, começando sempre pela canção “bom dia” e passando posteriormente a um momento de partilha de novidades. Logo de seguida seguia-se o momento de leitura da história, realizando-se depois algumas atividades de âmbito psicomotor e terminando a sessão com a canção “adeus”. No anexo II consta um exemplo da dinâmica deste grupo.

Embora tenha sido uma atividade tutelada pela Dra. Helena Rocha, a estagiária teve a oportunidade de dinamizar autonomamente algumas sessões do GB. Em anexo, encontra-se uma sessão do GB realizada pela estagiária.

2.1.2. Espaço aqui brincamos todos

O EABT decorreu durante o ano letivo em duas vilas do concelho de Sesimbra, como citado no primeiro capítulo, contudo, a estagiária esteve apenas envolvida nas atividades referentes à localidade da Quinta do Conde.

Este espaço-tempo aberto à comunidade destinava-se a famílias com crianças dos zero aos seis anos, incluindo famílias de crianças sinalizadas e acompanhadas pela ELI. Onde se realizavam diversas atividades promotoras do desenvolvimento das crianças, assentando num paradigma de experiências de aprendizagem relacional. Uma vez que, segundo João dos Santos (1991), a educação deve basear-se numa pedagogia de relação, sabendo que a mente se desenvolve desde os primeiros dias na relação afetiva que se processa através da psicomotricidade.

A “casa verde” (Dolto, 1989) surge também como uma forte influência na fundamentação deste projeto. Esta “casa” existiu realmente em Paris como um local de extraordinária vida relacional, como descreve Dolto (1989), permitindo que as crianças brincassem (com idades compreendidas entre um mês e os três anos) e os pais estabelecessem laços de amizade na presença de duas pessoas “de acolhimento” (psicanalistas de formação).

Tal como pretendido no EABT, a “casa verde” proporcionava o prazer de descontrair e de brincar entre pais e filhos, graças à assistência das pessoas “de acolhimento”, mas que estavam presentes simplesmente para que os outros beneficiassem da experiência. A realização deste local respondia a uma necessidade para a população citadina, o frequente isolamento das famílias perante as dificuldades quotidianas que encontravam com os seus filhos (Dolto, 1989). Esta necessidade, constituindo um fator de risco social, foi igualmente verificada no concelho de Sesimbra, sobretudo na Quinta do Conde, devido ao aumento migratório para esta localidade, nos últimos anos.

No que diz respeito à dinâmica das sessões, o EABT tinha igualmente rituais bem conhecidos pelas famílias, iniciando a sessão com a cantiga “bom dia”, cantando-se ainda mais algumas músicas infantis. Seguidamente procedia-se ao momento de leitura da história e depois desenvolviam-se atividades temáticas (alusivas à história) de expressão plástica, dramática, de mediação do brincar (onde se introduziam regras simples de jogo) e de movimento. Antes de se concluir a sessão com a canção “adeus”, as crianças, que desejavam fazê-lo, eram embaladas na licra ao som de uma música calma. No anexo I consta uma sessão de modelo da dinâmica empregue no EABT.

Paralelamente a esta atividade realizavam-se as reuniões de pais, sessões de formação parental, que ocorriam nas últimas terças de cada mês. Neste tempo eram debatidos temas que as famílias e a equipa consideravam importantes. Geralmente, este era um momento em que os adultos permaneciam numa sala com a Técnica de política social (responsável pelo projeto) e dois Médicos convidados, enquanto as crianças ficavam numa outra, participando numa autêntica sessão do EABT. A estagiária juntamente com a Terapeuta da Fala, em regime de voluntariado, eram as responsáveis pela dinamização do espaço com as crianças.

O planeamento das atividades desenvolvidas no projeto EABT era realizado trimestralmente com a Dra. Isabel Valente da Cruz e a estagiária. Nas sessões do EABT,

a Dra. Isabel era responsável pela dinamização das atividades enquanto a estagiária mediava as interações adulto-criança.

Na tabela 3 são apresentados os objetivos gerais, as estratégias utilizadas para cumprir os objetivos estabelecidos e o balanço final desta intervenção.

Tabela 3: Objetivos gerais, estratégias e balanço da intervenção do EABT

Objetivos gerais	Estratégias	Balanço da intervenção
Detecção precoce de situações de risco de desenvolvimento nas famílias e crianças; Reforçar as competências das famílias na promoção do desenvolvimento das suas crianças; Integrar as crianças elegíveis e suas famílias em redes de suporte social informal.	Avaliação com os adultos de referência todas as situações relativas ao desenvolvimento da criança que suscitavam preocupação; Valorização das concepções sócio-educativas das famílias; Dar informação técnica relativa às dúvidas expressas.	Em geral, as famílias foram sempre assíduas, justificando em caso de ausência. Os adultos afirmaram dar continuidade às atividades propostas na sessão no contexto familiar. Verificou-se o aumento da segurança de vinculação adulto/criança e do sentimento de pertença ao grupo por parte dos adultos e das crianças.

2.1.3. Intervenções individuais

Como citado anteriormente, foram acompanhadas de forma individual cinco crianças, embora neste ponto sejam apresentadas as informações relativas a quatro delas. Pois a intervenção com a quinta criança será apresentada separadamente e de forma aprofundada no próximo ponto quatro.

Na próxima tabela são exibidos os objetivos gerais do plano de intervenção das crianças, segundo os domínios de aprendizagem estabelecidos por Bloom (1956), assim como as estratégias empregues, o balanço final das intervenções e algumas informações consideradas pertinentes para uma melhor compreensão.

Tabela 4: objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações do R.S.

Criança	Objetivos gerais do plano de intervenção individual		Estratégias de intervenção	Balanço da intervenção	Observações
R.S.	Cognitivo	Aumentar o tempo de atenção sustentada.	“Regra” dos 3 segundos (contar até 3 antes de agir); Pré-verbalização da ação a realizar; Planeamento conjunto das	Na fase inicial de intervenção, surgiu a necessidade de planear previamente, em conjunto com a criança, as atividades a concretizar nas sessões. À medida que a criança foi	O R.S. esteve durante um mês e meio com a sua família no Peru. Como tal, durante este período não frequentou o jardim de infância e não teve intervenção.
	Afetivo	Promover a compreensão de liberdade vs regras e consequências lógicas e naturais do seu comportamento.			

	Psicomotor	Potencializar o planeamento motor; Consciencialização corporal.	atividades a realizar na sessão.	integrando algumas estratégias de planeamento motor, surgiu a necessidade de adotar uma metodologia menos estruturada.	
--	------------	---	----------------------------------	--	--

Tabela 5: objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações da T.O.

Criança	Objetivos gerais do plano de intervenção individual		Estratégias de intervenção	Balanço da intervenção	Observações
T.O.	Cognitivo	Promoção do jogo simbólico.	Interpretar e dar significado ao que a criança diz; Limitação do espaço através da contenção corporal.	O jogo simbólico foi usado como mediador na exploração de vários alimentos e objetos associados à alimentação. Após esta exploração, a T.O. começou a querer comer autonomamente. Durante o processo de intervenção verificou-se uma gradual aceitação ao toque, procurando também interagir corporalmente com o outro.	Criança submetida a várias cirurgias cardíacas, devido a diagnóstico de doença cardíaca. Com reação aversiva ao toque. A mudança do contexto de intervenção foi crucial no processo de intervenção, proporcionando um espaço mais contendor e seguro que se refletia numa atitude mais descontrída por parte da criança.
	Afetivo	Encorajar a expressão de necessidades; Aumentar a motivação relativamente à permanência na tarefa.			
	Psicomotor	Proporcionar experiências tácteis prazerosas; Autonomia na alimentação; Consciencialização corporal.			

Tabela 6: objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações da A.R.

Criança	Objetivos gerais do plano de intervenção individual		Estratégias de intervenção	Balanço da intervenção	Observações
A.R.	Cognitivo	Maximizar a capacidade de representação simbólica.	Demonstração; Fornecimento de apoio físico; Partir do plano concreto para aceder ao plano simbólico.	O período de intervenção foi reduzido (5 semanas), uma vez que a família estava com alguns problemas familiares, demonstrando pouca	Criança com movimentos involuntários nas mãos.

	Afetivo	Promover o reconhecimento de emoções de forma a conseguir exprimi-las.		disponibilidade horária. Dado este aspeto, o tempo de intervenção foi pouco para surtir maiores efeitos.	
	Psicomotor	Consciencialização corporal; Estimular a motricidade global e fina.			

Tabela 7: objetivos, estratégias, balanço da intervenção e observações do R.F.

Criança	Objetivos gerais do plano de intervenção individual		Estratégias de intervenção	Balanço da intervenção	Observações
R.F.	Cognitivo	Criação e desenvolvimento de ciclos de comunicação.	Seguir os interesses da criança; Utilização do jogo obstrutivo; Interpretar e dar significado ao que a criança expressa (pela via não-verbal e verbal).	Durante o processo de intervenção, o R.F. foi progressivamente manifestando maior satisfação em estar na relação com o outro. Conseguindo também esperar pela sua vez e partilhar objetos.	Criança com um preponderante fator de risco ambiental, com vários indicadores referentes ao limiar de pobreza, visto que é uma família que beneficiava de Rendimento Social de Inserção e de alimentação do banco alimentar. Para além destes aspetos, foi também uma família sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.
	Afetivo	Encorajar a expressão de necessidades.			
	Psicomotor	Proporcionar diversas experiências sensório-motoras.			

2.2. Calendarização das atividades de Estágio

Neste ponto apresenta-se a calendarização das atividades nucleares desenvolvidas no STIP - ELI Sesimbra ao longo do ano letivo e o horário semanal das mesmas.

2.2.1. Calendarização

De forma a dar início às atividades de estágio no STIP - ELI Sesimbra foi contactada a Orientadora Local e Coordenadora da Equipa no dia 12 de outubro de 2012 com o intuito de agendar a primeira visita à instituição. Esta concretizou-se dia 15 do mesmo mês, tendo conhecido durante a manhã as instalações do STIP, assim como outros serviços que também integram o mesmo edifício. Da parte da tarde realizou-se a Reunião de Casos da equipa que se concretiza semanalmente às Segundas-Feiras. De facto, ter assistido à reunião de equipa foi muito importante, visto que foi possível conhecer todos os elementos da mesma, assim como o seu modo de funcionamento. A discussão de

casos possibilitou conhecer antecipadamente algumas crianças e as suas famílias que mais tarde iria acompanhar.

As cinco semanas seguintes foram ocupadas a observar as distintas formas de intervenção a que a Equipa dá resposta. Este período de observação permitiu refletir sobre os diversos modelos teóricos aprendidos e a realidade apresentada pela equipa.

À medida que se foi desenvolvendo familiaridade com os serviços prestados, a observação passou a ser participada e foram sendo atribuídos alguns casos nas reuniões semanais. Onde foram transmitidas todas as informações referentes às crianças e suas famílias e agendadas reuniões com as mesmas a fim de as conhecer melhor e compreender as suas preocupações, recursos e necessidades. E, desta forma, determinar que avaliação realizar para posteriormente delinear juntamente com a família os objetivos de intervenção e decidir qual o contexto de intervenção mais favorável para efetivar o plano terapêutico. Depois do período de intervenção psicomotora procedeu-se às avaliações finais.

De seguida é apresentado na tabela 8 o cronograma relativo às atividades nucleares realizadas ao longo do ano letivo a nível prático.

Tabela 8: Calendarização das atividades realizadas

Atividades realizadas	2012			2013					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Integração na equipa									
Observação									
Avaliações iniciais									
Elaboração planos intervenção									
Intervenção psicomotora									
Avaliações finais									
Reuniões de equipa									

2.2.2. Horário de estágio

O horário das atividades foi definido com a Orientadora local e a estagiária de forma a contemplar cerca de 21 horas semanais, contabilizadas entre as sessões individuais, as sessões do GB e do EABT (sabendo que as reuniões de formação parental aconteciam na última terça de cada mês) e as várias reuniões de equipa com outras entidades. O horário organiza-se de segunda a quinta-feira entre as 9 horas e 30 minutos e as 17 horas e 30 min. Para além das horas fixas no horário havia, por vezes, a necessidade de reunir com as famílias e os educadores das crianças, assim como com a Dra. Isabel, responsável pelo projeto EABT, para planeamento trimestral das atividades.

Tabela 9: Horário semanal

Horas/dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
9:30-10:30		GB	Individual II	
10:30-11:30			Individual III	EABT
11:30-12:30				
12:30-13:30				
13:30-14:30	Reunião de equipa	Individual I	Individual IV	
14:30-15:30			Individual V	Reuniões de articulação
15:30-16:30		Reunião de pais		
16:30-17:30				

3. Contextos de intervenção

As atividades realizadas durante o Estágio concretizaram-se em quatro contextos distintos: no domicílio, no jardim de infância, no ginásio das instalações do STIP e no CIPA.

De forma a privilegiar os contextos naturais onde a criança se insere conversou-se com as famílias para averiguar qual o melhor contexto de intervenção. Sempre que possível tentou-se privilegiar a utilização do material disponível no contexto onde decorriam as sessões para que os prestadores de cuidados ou educadores conseguissem realizar as atividades com os seus próprios materiais. Quando tal não era exequível selecionava-se previamente do material existente no STIP aquele que se iria utilizar. Este material podia ser disponibilizado às famílias durante um período estabelecido a fim de poderem explorar com as suas crianças os mesmos.

3.1. Domicílio

As crianças que não frequentavam Creche foram acompanhadas em domicílio, nomeadamente nas suas salas de estar. Este constitui um contexto desafiador, uma vez que se trata de um espaço intimista das famílias e com normas de funcionamento muito próprias. Em que é necessário encontrar gradualmente o equilíbrio entre o sentimento de intrusão e de conforto propício à realização de uma sessão. Pois há um conjunto de elementos distráteis que necessitam de ser controlados de modo a viabilizar o sucesso da intervenção, particularmente, a televisão, a quantidade e qualidade dos brinquedos presentes na sala, a luminosidade, a participação de vários familiares, entre outros.

O contexto domiciliário é um meio facilitador para o envolvimento ativo das famílias no processo de intervenção, não só por ser favorável ao estabelecimento de uma relação empática e de confiança, mas também por proporcionar a sua participação nas atividades desenvolvidas durante as sessões, promovendo a realização dessas atividades pelas famílias.

3.2. Jardim de infância

Em jardim de infância, as intervenções intercalaram entre o acompanhamento na sala e o ginásio disponibilizado pela instituição. A decisão relativamente ao espaço de intervenção era tomada conjuntamente com a Educadora da criança, de modo a dar uma resposta efetiva às necessidades evidenciadas no momento. Na sala de Jardim de Infância, a intervenção incidia sobre o acompanhamento individual nas atividades propostas pela Educadora, sendo uma mais-valia pela contínua interação da criança com os seus pares. O ginásio onde ocorreram as outras sessões era bastante amplo, luminoso e com um vasto leque de material disponível. Contudo, as grandes dimensões do ginásio tornavam-no pouco acolhedor, havendo, por vezes, a necessidade de delimitar o espaço das atividades.

3.3. Instalações do STIP

O ginásio das instalações do STIP era repartido em duas divisões, sendo que uma delas armazenava os materiais de maiores dimensões e a outra onde geralmente decorriam as sessões. As principais qualidades deste espaço eram a sua climatização e a grande variedade de materiais profícuos para este tipo de intervenção, como um grande espelho, vários tipos de escadas, arcos, tapetes de texturas, colchões, túneis, tijolos e bolas de diferentes dimensões, trampolim, tule, licras, entre outros. Para além dos materiais disponíveis no ginásio, existiam ainda vários armários no corredor com outros materiais, como livros, brinquedos, diversos jogos, etc.

3.4. CIPA

As salas do CIPA, na Quinta do Conde, eram disponibilizadas pela Câmara Municipal de Sesimbra mediante reserva. Antes de ser remodelado, este espaço era uma antiga escola que no momento continuava sem qualquer aquecimento e que continha um ambiente e materiais pouco adequados para um contexto de intervenção. Após diferentes vivências neste espaço, foi possível concluir que é mais apropriado para sessões de grupo, uma vez que a disposição espacial do grupo (em círculo) cativa as crianças a permanecerem em unidade grupal e, naturalmente a não explorarem os objetos indesejáveis presentes na sala.

4. Estudo de caso

Neste parâmetro é abordado todo o processo de intervenção do R., começando por o apresentar, assim como as problemáticas apresentadas pelo mesmo. Depois são descritos os instrumentos utilizados e as condições onde se realizaram as avaliações, revelando os resultados iniciais, os objetivos delineados de acordo com esses resultados, a tipologia das sessões realizadas com a criança e as estratégias utilizadas. Por fim, é realizada uma discussão dos resultados finais de intervenção.

4.1. Caracterização da criança e da família

O R. era uma criança bastante expressiva e simpática e que tinha uma exploração criativa dos objetos. A criança gostava imenso de ouvir a mãe cantar músicas infantis, passando com esta todo o dia e mantendo uma vinculação segura e de confiança. Uma vez que não frequentava creche e convivia com poucas crianças, tinha pouca experiência de interação com pares.

O R. nasceu dia 28 de março de 2011 no Hospital Garcia de Orta às 32 semanas de gestação e com 1520 gramas. A criança ficou durante 20 dias em internamento neonatal, devido a icterícia neonatal, persistência do canal arterial, conjuntivite e dacriocistite neonatal.

O diagnóstico (Trissomia 21) do R. foi dado algum tempo após o seu nascimento, a família demonstrou alguma resistência em aceitar este fato. Posteriormente foi sinalizado pelo Hospital Garcia da Horta à ELI e era acompanhado pela equipa, em psicomotricidade, desde os 8 meses de idade. Paralelamente era também acompanhado em Terapia Ocupacional no Centro de Desenvolvimento Torrado da Silva.

Relativamente ao seu agregado familiar, a criança vivia na Quinta do Conde com o Pai de nacionalidade portuguesa e com 36 anos, a Mãe de nacionalidade brasileira com 48 anos e a Irmã de 9 anos. O Pai da criança era motorista e a Mãe estava em casa.

A irmã do R. tinha algumas dificuldades de aprendizagem e manifestava também alguns problemas de comportamento, sendo seguida em psicologia no centro de saúde da localidade onde residiam.

Gradualmente a família foi aceitando o diagnóstico do R. e agregou-se à associação pais 21, participando nos seus encontros.

4.2. Problemáticas

No próximo tópico serão abordadas as problemáticas passíveis de influenciar o desenvolvimento do R., nomeadamente o seu diagnóstico de Trissomia 21 e a prematuridade.

4.2.1. Trissomia 21

Relativamente à Trissomia 21, serão descritos o seu diagnóstico, etiologia, características associadas a esta problemática, a especificidade do desenvolvimento da Trissomia 21, bem como o seu fenótipo comportamental e, finalmente, a intervenção terapêutica adequada a síndrome.

4.2.1.1. Diagnóstico

Segundo a *National Association For Down Syndrome* (NADS, 2010), a Trissomia 21 é a condição genética mais comum e estima-se que a sua prevalência seja de um para 800 nascimentos. Esta variação cromossômica deriva de um processo de divisão celular irregular, existindo três padrões cromossômicos que poderão resultar nesta síndrome: não-disjunção, o erro na divisão celular origina a presença total de um cromossoma extra no par 21 em todas as células do organismo; translocação, parte de um dos cromossomas do par 21 quebra durante a divisão e junta-se a outro cromossoma; mosaïcismo, ocorre quando a não-disjunção do cromossoma 21 acontece numa das divisões celulares iniciais após a fertilização, tendo o indivíduo dois tipos de células, algumas contendo 46 cromossomas e outras 47.

Geralmente, esta condição é identificável ao nascimento ou pouco depois pelo fenótipo, caracterizado por um conjunto de sinais (síndrome), clínicos e morfológicos variantes consoante o padrão cromossômico. A Trissomia 21 é uma denominação genética que identifica os indivíduos que nascem com sinais morfológicos específicos (Fried, 1980 como citado em Morato, 1998, p. 23) que incluem baixo tônus muscular, uma única prega na palma da mão, um perfil facial ligeiramente achatado e a presença de dobras epicânticas nos olhos (NADS, 2010).

O diagnóstico é confirmado através do estudo do cariótipo, fornecendo uma apresentação visual dos cromossomas agrupados pelo seu tamanho, número e forma (NADS, 2010). Hoje em dia é possível realizar o diagnóstico antes do nascimento através da amniocentese, recolhendo-se líquido amniótico entre a 14^a e a 19^a semanas e procedendo-se, após cultura em laboratório, à análise do cariótipo (Sampedro et al., 1993).

4.2.1.2. Etiologia

Vários investigadores confirmam a existência de uma pluralidade de fatores etiológicos passíveis de causar esta síndrome (Sampedro et al., 1993). Os fatores hereditários são os mais conhecidos, nomeadamente os progenitores terem trissomia 21, a existência de outros precedentes familiares e a idade materna que eleva a probabilidade de nascer uma criança com trissomia 21, especialmente a partir dos 35 anos, havendo uma probabilidade ainda maior se a mãe tiver mais de 40 anos (Fidler, 2008). Para além destes aspetos, muitos outros fatores de risco têm sido investigados, designadamente a exposição ambiental a pesticidas, químicos industriais e a agentes aditivos (como o tabaco, o álcool ou o café) e também a fatores de risco intrínsecos, isto é, de diferenças em genes específicos. Embora sem quaisquer resultados significativos relativos à sua influência na origem da Trissomia 21 (Hassold & Sherman, 2002).

4.2.1.3. Características associadas

De acordo com a NADS (2010), muitas crianças com Trissomia 21 têm complicações de saúde que vão para além das doenças comuns na infância. Aproximadamente 40% destas crianças têm patologias cardíacas congénitas, existindo também maior incidência de problemas imunológicos, respiratórios, ao nível da visão, audição, bem como da tiroide.

Comparativamente aos sujeitos sem esta síndrome, os indivíduos com Trissomia 21 parecem ter um cérebro menor, mais leve e com inferior densidade neuronal, verificando-se irregularidades sinápticas devido à redução de neurotransmissores e diferenças nos processos de mielinização (Carvalho & Vasconcelos, 2011).

Esta síndrome genética constitui uma das múltiplas etiologias das dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID). Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013), estas têm início durante o desenvolvimento do indivíduo e são caracterizadas por dificuldades ao nível do funcionamento cognitivo e adaptativo, sobretudo nos domínios conceptuais, sociais e práticos. Os critérios de diagnóstico das DID são os seguintes:

- a) Dificuldades nas funções cognitivas, designadamente no raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagens académicas e baseadas na experiência, confirmadas por avaliação clínica e testes de inteligência padronizados;
- b) Dificuldades no funcionamento adaptativo que resultam na incapacidade em satisfazer os padrões de desenvolvimento e socioculturais para a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio contínuo, estas dificuldades limitam o funcionamento em uma ou mais atividades de vida diária, tais como a comunicação, a participação social e uma vida independente, nos vários contextos do indivíduo;
- c) O início das dificuldades acima mencionadas durante o período de desenvolvimento (*American Psychiatric Association*, 2013).

4.2.1.4. A especificidade do desenvolvimento da Trissomia 21 e o seu fenótipo comportamental

A análise do desenvolvimento dos indivíduos com Trissomia 21 exige que este seja considerado não apenas como lento, mas diferente qualitativamente na expressão comportamental e na sua organização comparativamente aos indivíduos sem Trissomia 21 (Morss, 1985). Portanto, este conceito de diferença desenvolvimental deve ser tido em conta nos primeiros anos de vida da criança com Trissomia 21, visto que estas diferenças antecedem a emergência das aquisições básicas fundamentais do desenvolvimento (Morato, 1998).

No que diz respeito ao fenótipo comportamental associado à Trissomia 21, de acordo com Filder, Hepburn e Rogers (2006) existem evidências que este parece emergir apenas por volta dos três anos de idade.

Segundo Filder et al. (2006), a socialização é uma das áreas fortes característica das crianças com Trissomia 21, tal como a linguagem recetiva e o processamento visual. Por outro lado, parecem evidenciar dificuldades ao nível da motricidade global e da linguagem expressiva. A investigação realizada por Vanvuchelen, Feys e De Weerd (2011) comprova a discrepância entre as capacidades ao nível da linguagem expressiva relativamente à linguagem recetiva. Estes factos são corroborados pelas famílias das crianças com Trissomia 21 que reportam igualmente como área forte dos seus filhos a socialização e como áreas de maiores dificuldades a comunicação e a motricidade global (Filder et al., 2006).

Para Vanvuchelen et al. (2011), a imitação e a linguagem são dois domínios do desenvolvimento que desempenham um papel crucial na aquisição das competências associadas às atividades da vida diária e ao comportamento adaptativo da criança. A investigação destes autores confirma o perfil de “bom imitador e pobre falador” (*good-imitator-poor-talker*) característico das crianças com Trissomia 21 com idade pré-escolar. O desenvolvimento da imitação corporal e processual foi claramente mais evidente relativamente ao desenvolvimento da linguagem recetiva e expressiva.

Segundo Filder, Hepburn, Mankin e Rogers (2005), as crianças com Trissomia 21 demonstram significativamente maiores dificuldades ao nível do funcionamento e

planeamento motor comparativamente com outras crianças com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID). Os resultados do mesmo estudo sugerem uma forte associação entre as dificuldades no planeamento motor e as competências associadas às atividades da vida diária.

As crianças com Trissomia 21 necessitam de mais tempo para aprender determinados movimentos à medida que estes se tornam mais complexos. A passagem para a deslocação vertical exige maior controlo motor ao nível da postura, suporte do peso, produção de força muscular e equilíbrio (Palisano et al., 2001). A manutenção da posição bipedal pode parecer simples, mas requer a integração de informações provenientes do sistema nervoso central através da visão, do sistema vestibular e propriocetivo (Carvalho & Vasconcelos, 2011).

As crianças com esta síndrome aprendem a manter-se de pé sozinhas e a andar geralmente entre os 18 e os 30 meses. Entre os três e os seis anos, a maioria das crianças com Trissomia 21 aprendem a correr, subir e descer escadas, correr e saltar (Palisano et al., 2001). Este padrão de desenvolvimento deve-se às diferenças verificadas na estrutura de funcionamento cognitivo e sensório-motor (Carvalho & Vasconcelos, 2011).

A hipotonia muscular tem sido apontada como um dos principais responsáveis pela diferença desenvolvimental a nível motor, assim como as suas articulações musculares, pois apresentam-se ligeiramente relaxadas, refletindo-se nas diversas áreas perceptivo-motoras (Santos, 2007).

Também parecem exibir estratégias de alcance pouco eficazes, sugerindo os resultados que não utilizam a informação perceptiva para planear a sua estratégia (Filder et al., 2005). A investigação de Sampedro et al. (1993) sugere que as crianças com trissomia 21, quando comparadas com outras crianças com DID, apresentam maiores dificuldades ao nível da discriminação auditiva e também no tempo de resposta. A demora no tempo de reação leva a que a iniciação de movimentos realizados em resposta a um estímulo externo seja suscetível de ser adiada (Carvalho & Vasconcelos, 2011).

Estas crianças necessitam de mais tempo para orientar a atenção para o estímulo desejado, manifestando dificuldade em transferir a atenção de um aspeto para outro do estímulo. E utilizam diferentes procedimentos para organizar as suas aprendizagens e memórias (Sampedro et al., 1993).

As crianças com Trissomia 21 apresentam mais dificuldades em tarefas que envolvem as funções executivas relativamente a outras crianças com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e a crianças com um desenvolvimento típico (Filder et al., 2005).

A predisposição de imitar em situações sociais e a tendência de usar a imitação na resolução de problemas pode apoiar as aprendizagens das crianças com esta síndrome, portanto, a imitação pode ser utilizada como uma estratégia para maximizar o potencial de aprendizagem da população com estas características (Vanvuchelen et al., 2011).

4.2.1.5. Intervenção terapêutica

De acordo com Spiker e Hopmann (1997), a intervenção precoce assume-se uma mais valia para as crianças com Trissomia 21 e as suas famílias, no sentido de potencializar o seu desenvolvimento, mas também pelas oportunidades que esta oferece à família. Relativamente a estas oportunidades destacam-se a ajuda à família no seu ajustamento emocional perante o nascimento de um bebé com Trissomia 21, o fornecimento de informações sobre este diagnóstico e as características inerentes, bem como a capacitação familiar de forma a torná-los fontes competentes de oportunidades naturais de aprendizagem para as suas crianças. Em relação à intervenção propriamente dita, embora as diferenças verificadas nos indivíduos com Trissomia 21 a nível motor sejam evidentes logo no início do primeiro ano de vida, os atuais programas de intervenção precoce focam a sua intervenção na maximização do desenvolvimento global da criança,

ainda que o desenvolvimento motor seja uma componente importante do projeto terapêutico (Spiker & Hopmann, 1997).

Segundo Fonseca (2001), vários dados científicos apontam claramente para a presença de uma neuropatologia nas crianças com Trissomia 21 que se reflete em disfunções perceptivomotoras e de integração sensorial, convergindo para uma caracterização psicomotora e para um potencial de aprendizagem diferentes. Mais tarde, as diferenças de desenvolvimento a nível motor tendem a verificar-se ao nível do desenvolvimento psicomotor, quando este interfere com as funções psíquicas superiores, designadamente na lateralização, na somatognosia, na estruturação espacial e sequencial do ritmo e na planificação motora. Com dificuldades a nível propriocetivo (vestíbulo-tónico-postural e tátil-quinestésico), as crianças com Trissomia 21 tendem a apresentar uma desintegração exteroceptiva (auditiva e visual), comprometendo o processamento de informação, a maturação emocional, a transição cognitiva da linguagem corporal/gestual para a falada e, posteriormente, desta para a linguagem escrita e quantitativa.

Fonseca (2001) considera que, nos indivíduos com Trissomia 21, a reciprocidade neurofuncional entre o motor e psíquico está comprometida e sem interação harmoniosa com o envolvimento. Como tal, a psicomotricidade pode efetivamente fortalecer tais interconexões neurofuncionais, promovendo o seu desenvolvimento holístico.

4.2.2. Prematuridade

A prematuridade surge nesta conjuntura como um fator de risco cumulativo para o desenvolvimento da criança com Trissomia 21. Neste sentido, será apresentada uma pequena definição do conceito, os fatores passíveis de causar a prematuridade e, por fim, abordadas as principais consequências do nascimento pré-termo ao nível do desenvolvimento.

4.2.2.1. Definição

Segundo a OMS (1972), uma criança é considerada prematura quando nasce de uma gravidez inferior ou igual às 37 semanas. De modo a ter em consideração eventuais diferenças desenvolvimentais resultantes destas circunstâncias, recorre-se frequentemente à correção da idade cronológica. Portanto, a idade corrigida de uma criança que nasceu prematuramente corresponde à sua idade cronológica menos o tempo que ocorre entre a data de nascimento e a data em que a criança atingiria o termo normal de gestação (Bloch, Lequien & Provasi, 2003).

4.2.2.2. Principais causas

Entre as causas mais frequentes de prematuridade encontram-se a gravidez gemelar, malformações uterinas, o hidrâmnio, isto é, a acumulação de uma quantidade anormal de líquido amniótico que pode romper as membranas que o contém e desencadear o parto e as infeções que podem levar também à rutura das mesmas (Bloch, Lequien & Provasi, 2003).

4.2.2.3. Implicações ao nível do desenvolvimento

A saída do útero materno antes do tempo expõe o recém-nascido a inúmeros riscos, sobretudo referentes ao crescimento, à função respiratória e ao desenvolvimento psicomotor (Bloch, Lequien & Provasi, 2003). Arpino et al. (2010) afirmam que os problemas neurodesenvolvimentais são frequentes nas crianças nascidas prematuramente, tendo consequências nos domínios motor, sensorial, cognitivo e comportamental.

Contudo, o desenvolvimento de uma criança prematura não é linear, pois as complicações no período neonatal podem não refletir-se ao longo do desenvolvimento, por outro lado podem surgir dificuldades no desenvolvimento, sem que tenham havido

problemas no período neonatal, portanto, a prematuridade não afeta todas as crianças da mesma forma. (Valente & Seabra-Santos, 2011)

Segundo um estudo realizado por Valente e Seabra-Santos (2011), utilizando a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificaram-se quocientes de desenvolvimento inferiores nas crianças prematuras de muito baixo peso comparativamente às crianças nascidas a termo e com um peso adequado. Neste estudo foram encontradas diferenças significativas relativamente à idade mental, particularmente nas subescalas de locomoção, pessoal-social, linguagem e realização. Nas áreas relativas à coordenação olho-mão e ao raciocínio prático também se constataram valores superiores nas crianças nascidas a termo, mas estas diferenças foram menores (Valente e Seabra-Santos, 2011). Segundo o SNIPI (2010), a prematuridade (considerando os nascimentos com menos de 33 semanas de gestação) constitui um fator de risco biológico, podendo as crianças com estas circunstâncias apresentar limitações na atividade e participação que interfiram com a prestação de cuidados básicos, com a sua saúde e o desenvolvimento. Contudo, a prematuridade, só por si, não constitui um critério direto de elegibilidade para apoio do SNIPI.

4.3. Modelos e Instrumentos

Neste ponto serão abordados os instrumentos utilizados na avaliação da criança, nomeadamente a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (GMDS), na fase inicial, sendo no momento final realizada uma avaliação com referência a critério.

4.3.1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

A avaliação inicial foi realizada com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths. Com esta escala cronológica pretende-se obter uma imagem global do desenvolvimento da criança entre os zero e os oito anos através da observação do desempenho da criança nas diversas tarefas propostas para cada item (Griffiths, 1986). A GMDS é constituída por seis subescalas de avaliação: Locomotora (A) destinada ao desenvolvimento motor global; Pessoal e Social (B) para analisar a adaptação social e as competências da criança na concretização de atividades da vida diária; Audição e Fala (C) que avalia a linguagem compreensiva e expressiva da criança; Coordenação Olho-mão (D) para apreciar a coordenação motora com os movimentos oculares, as capacidades manipulativas e de preensão; Realização (E) reservada às competências visuoespaciais e à capacidade de execução de tarefas específicas e Raciocínio Prático (F) que avalia a capacidade de resolução de problemas e de raciocínio. Esta última subescala aplica-se apenas a partir dos 3 anos (Griffiths, 1986).

Cada subescala está organizada de forma hierárquica, tendo cada uma 52 itens que refletem as aquisições típicas para cada mês. Quando realizadas o item é cotado com o valor um enquanto as não realizadas não são contabilizadas. A cotação é atribuída a partir da observação da tarefa proposta e das informações fornecidas pela família (Griffiths, 1986).

4.3.2. Avaliação com referência a critério

Na etapa final, foi realizada avaliação com referência a critério. Segundo Glaser, a avaliação com referência a critério pressupõe a análise da situação do indivíduo relativamente aos objetivos pré-definidos e a sua verificação reflete o êxito do processo de intervenção (Vianna, 1980). Neste tipo de avaliação, são apreciadas as aprendizagens efetivamente realizadas pelo indivíduo comparativamente às finalidades consideradas e aos objetivos orientadores da ação (Fernandes et al., 1994).

4.4. Avaliação inicial e objetivos de intervenção

O R. foi avaliado com a GMDS na manhã de dia três de dezembro de 2012, com 20 meses de idade, nas instalações do STIP. A sala onde decorreu a avaliação possuía um espelho unidirecional que a dividia em dois espaços distintos, uma zona onde os familiares permaneciam a observar a avaliação e outra onde se realizava a mesma. Nesta sala estava presente um sistema áudio que permitia que o som realizado numa divisão fosse audível na outra.

Neste momento de avaliação, a família demonstrou preocupação relativamente ao desenvolvimento global do R., mas sobretudo sobre a aquisição da linguagem expressiva e da marcha.

De acordo com os resultados obtidos e que podem ser observados no gráfico 1, a criança apresentou uma idade mental correspondente a aproximadamente 12 meses. No anexo III é possível analisar a folha de cotação da GMDS referente à avaliação realizada ao R.

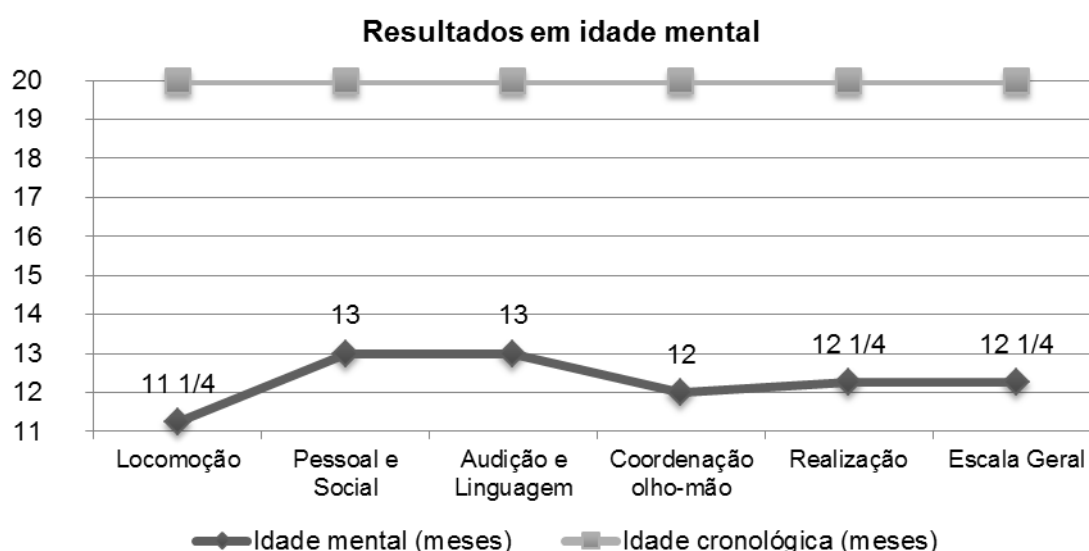


Gráfico 1: Resultados da GMDS em idade mental

Embora o R. apresente um perfil bastante homogêneo, destacam-se como áreas fortes o domínio Pessoal e Social (B) e Audição – Fala (C), enquanto a Locomoção (A) é manifestamente aquela em que a criança apresenta mais dificuldades. Portanto, as restantes áreas (Coordenação olho-mão e Realização) são as suas áreas intermédias.

Na área da **Locomoção**, não foram cotados alguns dos itens relativos ao processo de gatinhar (“reação de gatinhar”). O R. demonstrou ainda grande dificuldade em dar alguns passos dando-lhe a mão ou segurando-lhe ambas, apesar de conseguir levantar-se e manter-se de pé agarrado à mobília e andar de lado agarrado às grades da cama.

No que diz respeito à **Pessoal e Social**, é possível concluir que o R. obedecia a ordens simples, batia palmas e fazia adeus, começando a interessar-se pelo outro. Em relação à autonomia, segurava e mordisca biscoitos, comia com os dedos, mas não conseguia pegar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa.

Na subsescala C, **Audição e Linguagem**, o R. conseguia dizer 4 palavras (dá, ada – água, papai e papa), gostava de ver o livro de imagens e de ouvir canções infantis, embora não tenta-se ainda cantá-las. E ainda não abanava a cabeça para dizer “não”.

Relativamente à **Coordenação Olho-Mão**, a criança conseguia deslocar (fazer “andar”) um cubo ou um brinquedo, como um carro, atirar a bola para outra pessoa, colocar um objeto em cima do outro e fazer algumas marcas no papel com o lápis, ainda que não fizesse oposição completa do polegar em relação aos outros dedos.

Na área da **Realização**, o R. conseguiu pôr e tirar os cubos das caixas, encontrar os brinquedos escondidos e colocar uma peça no encaixe, manipulava 2 objetos ao mesmo tempo, mas ainda não segurava o terceiro cubo sem deixar cair qualquer um dos outros e ainda não batia com um cubo no outro por imitação.

Tendo como referência a avaliação inicial e as preocupações manifestadas pela família foram delineados os objetivos de intervenção que se apresentam na seguinte tabela.

Tabela 10: objetivos comportamentais do R.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais/Específicos
Locomoção	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar um padrão de marcha adequado apoiado durante 15s; Erguer-se na posição vertical sem apoio; Permanecer na posição vertical sem apoio durante 3s; Baixar-se sem apoio para alcançar um objeto.
Pessoal e Social	<ul style="list-style-type: none"> Segurar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebê com tampa; Dar sinal quando a fralda está suja; Mostrar os pés quando solicitado pelo adulto.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Nomear pelo menos três objetos quando solicitado; Tentar cantar uma música iniciada pelo adulto que a criança conheça; Abanar a cabeça para expressar “não” quando lhe é colocada uma questão.
Coordenação Olho – Mão	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar preferência por uma mão; Realizar encaixes de formas simples sem ajuda do adulto; Utilizar as duas mãos cooperativamente; Conseguir lançar 3 vezes consecutivas a bola para o outro quando solicitado.
Realização	<ul style="list-style-type: none"> Construir uma torre de 4 copos de diferentes tamanhos após demonstração; Bater um copo no outro por imitação.

4.5. Tipologia das sessões e estratégias de intervenção

Como supracitado, as sessões de intervenção decorreram no contexto natural da criança, tal como advoga McWilliam (2010), nomeadamente na sua sala de estar, com a participação da família nas mesmas, sobretudo a mãe e, por vezes, a irmã e o pai. Com o intuito de reforçar as competências e capacidades da família no suporte de experiências e oportunidades de aprendizagem que fomentem o desenvolvimento do seu filho (Dunst, 2007).

A intervenção com o Rafael foi predominantemente marcada por jogos sensoriomotores, permitindo à criança ganhar confiança nas suas possibilidades, melhorando a sua capacidade de iniciativa e de autoconceito e descobrindo sensações e movimentos que a ajudassem a melhorar as suas capacidades motoras (Rodríguez & LLinares, 2008).

O reforço positivo foi uma estratégia continuamente empregue nas sessões, pois através de um gesto, de uma palavra ou apenas de um olhar é possível reforçar os comportamentos que são adequados para a sua maturação, devolvendo à criança, perante esta atitude, uma autoimagem de competência (Rodríguez & LLinares, 2008). Tal como a contenção, resultando numa referência securizante que coloca limites e amortece a raiva e a impulsividade da criança de forma clara e afetiva (Rodríguez & LLinares, 2008).

Relativamente à estrutura da sessão, esta começava com o cumprimento inicial e um pequeno diálogo de partilha de informações pertinentes. De modo a fornecer suporte emocional, material e informacional à família (McWilliam, 2010).

Geralmente procedia-se ao desligar da televisão, colocava-se uma manta no chão entre os dois sofás presentes na sala de estar e eram descalçados os sapatos. De seguida era organizado o espaço com os materiais necessários para a realização da sessão.

Na matriz da mesma desenvolviam-se atividades relativas às competências dos domínios de realização e coordenação olho-mão enquanto a criança permanecia na posição bípede apoiada no sofá. Neste tipo de atividades, a estratégia de demonstração pela terapeuta e posterior imitação pela criança era frequentemente utilizada, uma vez que o Rafael demonstrava uma boa capacidade de imitação corporal. Como corrobora Vanvuchelen et al. (2011), salientando que as crianças com Trissomia 21 tendem a usar a imitação na resolução de problemas. Como tal, esta capacidade constituiu uma estratégia favorável na maximização do potencial de aprendizagem da criança.

De forma a estimular a sua locomoção, era também colocado um objeto do interesse da criança fora do seu alcance (na ponta oposta ou no chão) para que ele se tivesse que movimentar até ele. Winders (1997) sugere esta estratégia para incentivar a criança a deslocar-se apoiado a qualquer mobiliário, de forma a encontrar uma solução para se deslocar até ao seu brinquedo e poder usufruir dele. Outro modo de efetivar esta estratégia era através do lançamento da bola à criança até à linha média do sofá, tendo em conta que a criança tinha que se deslocar até lá, procedendo seguidamente à sua devolução à terapeuta e ao recuo até ao seu lugar.

Com o objetivo de reforçar a sua consciência corporal eram realizadas dinâmicas em frente ao espelho, tateando e nomeando as diferentes partes do corpo da criança ou recorrendo a formas mais atrativas para a criança, como a utilização de narizes e bocas de diferentes animais associando a estes os respetivos sons. Nestas atividades a criança permanecia na posição bípede com apoio, ao mesmo tempo que a terapeuta exercia pressão do seu peso contra o solo.

No tempo final da sessão a presença de músicas infantis com gestos era uma constante, uma vez que o Rafael apreciava contemplar os movimentos das mãos, orientando com mais facilidade a sua atenção para a atividade. Inicialmente a sequência de gestos de cada música foi decomposta em unidades, sendo realizados os gestos individualmente através da modelação do corpo da criança. Num momento posterior, o Rafael realizava as sequências gestuais das músicas autonomamente.

No término da sessão havia sempre um pequeno diálogo com a família acerca do que tinha sido desenvolvido ao longo da mesma e com a despedida.

4.6. Avaliação final – discussão de resultados

A avaliação final foi efetuada com referência a critério com a colaboração da Mãe da criança durante uma reunião informal em casa da família, no dia 27 de junho de 2013, tendo o R. 27 meses. A tabela 11 apresenta os objetivos de intervenção pré-definidos que foram atingidos, emergentes ou não adquiridos. Tendo em conta que os objetivos foram considerados atingidos quando eram observáveis de forma constante em pelo menos três sessões seguidas, emergentes quando eram observáveis mas de forma inconsistente e não adquiridos, quando não eram observados de todo.

Tabela 11: análise dos objetivos de intervenção pré-definidos

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos comportamentais	Atingido	Emergente	Não atingido
Locomoção	Efetuar um padrão de marcha adequado apoiado durante 15s.	X		
	Erguer-se na posição vertical		X	

	sem apoio.			
	Permanecer na posição vertical sem apoio durante 3s.		X	
	Baixar-se sem apoio para alcançar um objeto.			X
Pessoal e Social	Segurar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebê com tampa.	X		
	Dar sinal quando a fralda está suja			X
	Mostrar os pés quando solicitado pelo adulto.	X		
Audição e Linguagem	Nomear pelo menos três objetos quando solicitado.			X
	Tentar cantar uma música iniciada pelo adulto que a criança conheça.		X	
	Abanar a cabeça para expressar “não” quando lhe é colocada uma questão.	X		
Coordenação Olho-Mão	Mostrar preferência por uma mão.	X		
	Realizar encaixes de formas simples sem ajuda do adulto.	X		
	Utilizar as duas mãos cooperativamente.	X		
	Conseguir lançar 3 vezes consecutivas a bola para o outro quando solicitado.	X		
Realização	Construir uma torre de 4 copos de diferentes tamanhos após demonstração.	X		
	Bater um copo no outro por imitação.	X		

No domínio da **Locomoção**, a criança alcançou apenas um dos objetivos delineados, a realização de um padrão de marcha adequado apoiado durante 15s, embora dois deles sejam competências emergentes. Tal pode ser explicado por as crianças com Trissomia 21 necessitarem de mais tempo para aprender determinados movimentos à medida que estes se tornam mais complexos. E por a passagem para a deslocação vertical exigir maior controlo motor ao nível da postura, suporte do peso, produção de força muscular e equilíbrio (Palisano, 2001). Portanto, a hipotonia generalizada e a hiperlaxidão ligamentar apresentadas pelo R. contribuem para a maior morosidade da aquisição da marcha. A criança encontrou uma forma alternativa à marcha, deslocando-se sentado no chão, impulsionando-se para a frente com a perna direita e com a ajuda das mãos. Esta forma de deslocação manifestou-se muito eficiente, tornando-se eventualmente um motivo de resistência para esta aquisição.

Na subescala **Pessoal e Social**, o R. conseguiu começar a segurar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebê com tampa, aumentando as suas competências na satisfação das necessidades básicas. Assim como identificar os seus pés e outras partes do seu

corpo, evidenciando uma maior noção corporal. Relativamente ao controlo dos esfíncteres, a criança continuou sem dar sinal quando fazia as suas necessidades fisiológicas.

Na área da **Audição e Linguagem**, a criança começou a abanar a cabeça para expressar “não”, aprendendo também a expressar o “sim” com o mesmo tipo de movimento. E mostrava compreender solicitações simples, cumprindo-as na generalidade. O R. manifestou sempre grande interesse pelas músicas infantis e começava, na reta final de intervenção, a tentar cantar a música iniciada pelo adulto. Tal comprova a motivação do R. para utilizar a linguagem expressiva como meio comunicativo da relação com o outro. Embora se verifique alguma discrepância entre a linguagem expressiva e a linguagem compreensiva, como típico nas crianças com Trissomia 21, segundo a investigação realizada por Vanvuchelen et al. (2011).

Relativamente à **Coordenação Olho-Mão**, verificaram-se atingidos os objetivos pré-definidos a partir da avaliação inicial. O R. mostrou consistentemente preferência pela mão direita, utilizando, quando necessário, as duas mãos cooperativamente. Também conseguia realizar encaixes simples sem ajuda e colaborar numa dinâmica de lançamento da bola para o outro durante algum tempo, com bolas de diferentes dimensões e balões.

O facto de o R. ter melhorado a sua coordenação óculo-manual repercutiu-se ao nível da concretização das atividades de vida diária, nomeadamente em conseguir autonomamente segurar e beber por uma caneca com tampa.

Ao nível da **Realização**, os objetivos traçados inicialmente foram todos alcançados. A criança mostrou conseguir consistentemente construir uma torre de copos de diferentes tamanhos, assim como bater um no outro através da imitação. Tal refletiu-se numa evolução das suas competências visuoespaciais.

Portanto, é possível concluir, a partir do gráfico 2, que foram atingidos 62,5% dos objetivos delineados, enquanto 18,75% eram competências emergentes e os restantes 18,75% referentes aos atingidos não atingidos.

Objetivos comportamentais alcançados (%)

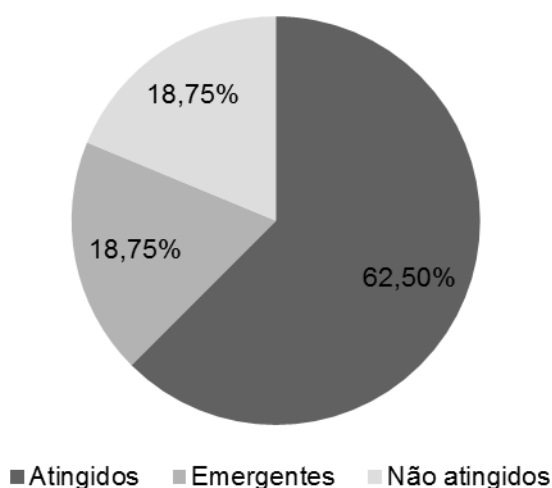


Gráfico 2: Percentagens de objetivos comportamentais atingidos

Após a realização da avaliação final, este caso foi apresentado em reunião de supervisão, cuja apresentação se encontra no anexo IV. E foi também efetuada uma compilação com diversas atividades e estratégias para a família realizar com o R. durante as férias do verão, este documento pode ser consultado no anexo V.

5. Dificuldades e limitações

No presente subcapítulo pretende-se abordar algumas dificuldades e limitações sentidas durante o período de estágio curricular.

Inicialmente foram sentidas dificuldades que foram gradualmente colmatadas com o decorrer do estágio, designadamente a pouca prática na aplicação e análise dos instrumentos de avaliação utilizados pela equipa, a presença das famílias nas sessões e a diversidade de problemáticas atendidas pela ELI.

Contudo, através da observação e análise de diversas avaliações realizadas por elementos da equipa, a estagiária ficou mais elucidada e familiarizada com os vários instrumentos de avaliação de forma a poder utiliza-los autonomamente.

A presença das famílias nas sessões de intervenção começou por ser um fator inibidor, uma vez que deixava a estagiária um pouco insegura. Ao longo do tempo, a estagiária foi encontrando estratégias para se sentir mais confortável com esta condição e para integrar de forma efetiva as famílias nas suas dinâmicas. Embora tenha sido uma dificuldade inicial, a estagiária reconhece que a presença das famílias é, sem dúvida, um catalisador para a alcançar os objetivos do projeto terapêutico.

O fato da equipa dar resposta interventiva a uma grande diversidade e especificidade de problemáticas surgiu como uma dificuldade inicial, pois exigia um conhecimento bastante aprofundado de cada uma para desenvolver um projeto terapêutico coerente com as características apresentadas. Assim, esta dificuldade despoletou a necessidade de estudar e investigar mais sobre as problemáticas, as metodologias e estratégias de intervenção adequadas a cada caso.

Portanto, estas dificuldades referidas acima surgiram como fatores motivacionais para o desenvolvimento das competências profissionais da estagiária.

Para além dos aspetos acima citados, a itinerância do serviço, assente na abordagem de intervenção nos contextos naturais da criança, foi sentida como uma dificuldade, visto que a estagiária não tinha viatura própria, tendo de se deslocar de transportes públicos e a pé. O tempo despendido nas deslocações e o desgaste físico consequente deste fato, bem como de transportar alguns materiais, contribuíram, por vezes, para uma menor disponibilidade emocional patente nas sessões.

Por último, salienta-se a dificuldade em realizar um processo terapêutico contínuo com algumas famílias, devido à sua escassa assiduidade ou ausência durante determinados períodos, tendo este fator influenciado os resultados dos projetos terapêuticos.

6. Atividades complementares de formação

A estagiária foi convidada pela sua Orientadora local a presenciar, juntamente com as famílias que frequentavam o GB, uma aula de pós-graduação em intervenção precoce no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. As famílias foram convidadas com o intuito de partilhar a sua experiência e opinião relativamente ao grupo. Neste sentido, foi muito enriquecedor ouvi-las falar fora do contexto interventivo, pois, sem a oportunidade de participar neste momento seria difícil ouvi-las verbalizar os seus sentimentos relativamente ao GB.

Nos dias sete e oito de maio de 2013, a estagiária foi com alguns elementos da equipa à Conferência Internacional: Valuing Baby and Family Passion Towards a Science of Happiness, realizada na Calouste Gulbenkian. Esta iniciativa foi bastante gratificante por ser uma forma de sensibilização para a importância do vínculo da criança com a sua família ao longo do desenvolvimento.

IV. CONCLUSÃO

Este documento encerra um ciclo de aprendizagens que se reflete no campo das competências profissionais e também pessoais, cumprindo claramente o objetivo pessoal que motivou à inscrição no Mestrado em Reabilitação Psicomotora e à escolha do RACP. O primeiro impacto relativamente a toda a metodologia utilizada pela equipa foi realmente surpreendente, por verificar que os modelos teóricos atuais são uma realidade na equipa da ELI Sesimbra.

O trabalho transdisciplinar realizado é, de fato, muito importante por diversos motivos. Primeiro porque um olhar multifacetado sobre cada caso possibilita uma maior discussão e consequentemente uma resposta transversal e mais eficiente. E fomenta também a partilha de conhecimentos entre as várias áreas interventivas através da comunicação, interação e cooperação entre os diversos profissionais.

O envolvimento ativo das famílias nos projetos terapêuticos levou a estagiária a compreender que as problemáticas das crianças são igualmente vividas pelas famílias, fazendo realmente sentido que a prestação de serviços seja centrada nelas mesmas e nos seus contextos naturais.

A experiência de intervenção em contexto domiciliário tornou a estagiária mais consciente relativamente à necessidade de estabelecer a fronteira entre a prática profissional e o campo pessoal, pois tratando-se do “mundo íntimo” das famílias há, por vezes, a tendência do técnico intuitivamente devolver essa intimidade.

Relativamente aos objetivos propostos pelo RACP, foi possível com este estágio aprofundar as competências de observação e avaliação, tal como a criação de um plano pedagógico-terapêutico com objetivos gerais e específicos de acordo com as características e necessidades específicas de cada criança e da sua família. A relação com outros profissionais e com a comunidade foi outro dos objetivos alcançados satisfatoriamente.

Para além do aprofundamento de competências, o estágio permitiu também instigar a curiosidade por outros campos, como a intervenção comunitária e o risco social, patente no EABT. Pois embora tenha sido uma atividade tutelada por outro elemento da equipa, o envolvimento e o interesse da estagiária foi intensificando-se. O que levou à necessidade de realizar posteriormente formação adicional neste âmbito.

A utilização frequente de livros infantis pela equipa sensibilizou a estagiária para este recurso, começando a utiliza-lo como um mediador na prática psicomotora. Pois as suas imagens apelativas e os seus conteúdos podem ser meios facilitadores de determinadas abordagens.

Esta experiência possibilitou ter um olhar mais atento e silencioso em relação à expressividade da criança para responder de forma ajustada às suas solicitações e, sobretudo, um maior sentimento de competência e confiança na tomada de decisões referentes aos projetos terapêuticos. Levando estes sentimentos a uma maior disponibilidade corporal e emocional para estar em relação com as crianças e as suas famílias, assim como com outros profissionais.

Claramente que a busca pelo conhecimento não se esgota com o término desta etapa, surgindo esta como uma janela de oportunidades para novas aprendizagens, desafios e interesses que fomentam a tão procurada maturidade profissional.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I., C. (2009). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Lisboa: Instituto Nacional de Reabilitação.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arpino, C., Compagnone, E., Montanaro, M. L., Cacciatore, D., De Luca, A., Cerulli, A., DiGirolamo, S. & Curatolo, P. (2010). Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. *Child's Nervous System*, 26, 1139-1149.
- Bloch, H., Lequien, P. & Provasi, J. (2003). *A criança Prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bloom B. S. (1956). Taxonomy of Educational Objectives, *Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds). *Handbook of Psychology: Theoretical Models of Human Development*. (4^o Ed., pp. 793-828). New York: Wiley.
- Carvalho, L. & Vasconcelos, D. (2001). Motor behavior in Down syndrome: atypical sensoriomotor control. In Prenatal diagnosis and screening for Down syndrome. Rijeka: INTECH.
- Cercizimbra (2012). Retirado a 10 de outubro de 2013 de: <http://www.Cercizimbra.org.pt/>.
- Decreto - Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República*, nº 193 – I Série A. Assembleia da República: Lisboa.
- Dolto, F. (1989). *A dificuldade de viver*. Lisboa: Dom Quixote.
- Dunst, C. & Trivette, C. (2009). Capacity-Building Family Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12 (2), 119-143.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Homer, M. Snell, & J. Blacher (Eds.). *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press.
- Fidler, D.J., Hepburn, S. & Rogers, S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: Evidence for an emerging behavioural phenotype?. *Down Syndrome: Research and Practice*, 9(3), 37-44.
- Fidler, D. (2008). Down syndrome. In M. Haith, & J. Benson (Eds.). *Encyclopedia of infant and early childhood development* (pp. 422-429). London: Elsevier.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores* (2^o Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 41-52. Recuperado de <http://goo.gl/jxz2q>.
- Gras, L. (2004) Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 22, 101-106.
- Griffiths, R. (1986). *Griffiths Mental Development Scales – Administration Manual*.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.

- Guralnick, M. J., & Conlon, C. (2007). Early intervention. In M. Batshaw, L. Pelligrino, & N. Roizen (Eds.), *Children with Disabilities* (6^o Ed., pp. 511-521). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. Guralnick, (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp.3-28). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hassold, T., & Sherman, S. (2002). The origin and etiology of Trisomy 21. In W. Cohen, L. Nadel, & M. Madnick (Eds.), *Down syndrome: Visions for the 21st century* (pp.295-301). New York: Wiley-Liss.
- Joly, F. (2007). Les sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86.
- Knudsen, E., Heckman, J., Cameron, J. & Shonkoff, J. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(27), 10155–10162.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidade y Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- López, P., Sánchez, M. & Ibáñez, C. (2004) La estimulación psicomotriz en la infancia através del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Educación XX1*, 7, 111-133.
- Martins, Simões & Brandão (2012-2013). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- McWilliam, R.(2010). *Routines-Based early Intervention-Supporting Young Children and their Families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Minguillón, C. G. (2005). Psicomotricidad. In P.G. Cuevas (Ed.). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp.711- 734). Madrid: Complutense.
- Morss, J. (1985). Early Cognitive Development: Difference or Delay? In Lane, D. & Stratford, B. (Eds.). *Current Approaches to Down's Syndrome*. London: Holt, Rinerhart and Winston.
- Morato, P. (1998). *Deficiência mental e aprendizagem* (3^a ed). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência.
- National Association for Down Syndrome [NADS] (2010). *Down syndrome facts*. Recuperado de <http://goo.gl/b8fAKu>.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Cambridge: Harvard University.
- Nelson, C. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. P., Shonkoff, & S.J., Meisels (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 204-230). New York: Cambridge University Press.
- Onofre, P. S. (2003). A importância da dinâmica grupal...na Psicomotricidade da criança. *A Psicomotricidade* 1(1), 37-41.

- Ortega, J., & Obispo, J. (2007). *Manual de Psicomotricidad: Teoría, Exploración, Programación y Práctica*. España: La Tierra Hoy.
- Palisano, R., Walter, S., Russell, D., Rosenbaum, P., Gémus, M., Galuppi, B., Cunningham, L. (2001). Gross motor function of children with down syndrome: creation of motor growth curves. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(4): 494-500.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência.
- Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P., Shonkoff, & S.J. Meisels, (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sampedro, M., Blasco, G., & Hernández, A. (1993). A criança com Trissomia 21. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 225-248). Lisboa: Dinalivro.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2010). *Crítérios de elegibilidade*. Recuperado de <http://goo.gl/jDci1G>.
- Santos, J. (1991). *Ensaio sobre educação II: o falar das letras*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Turnbull, A. P., Turbiville, V. & Turnbull, H.R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp.630-650). Cambridge: Cambridge University Press.
- Valente, A. S., & Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 41(1), 1-7.
- Vanvuchelen, M., Feys, H., De Weerd, W. (2011). The good-imitator-poor-talker profile syndrome-specific in Down syndrome?: Evidence from standardised imitation and language measures. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 148-157.
- Vianna, H. M. (1980). *A perspectiva das medidas referenciadas a critério*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
- Winders, P. (1997). *Gross Motors Skills in Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda: Woodbine House.

ANEXOS

ANEXO I

Exemplo de sessão do EABT

Exemplo de Sessão do EABT

Na sessão realizada no dia 21/03/2013 no CIPA estiveram presentes as famílias que habitualmente frequentavam este espaço. No início da sessão cantou-se a música “Bom dia” e outras músicas infantis. Posteriormente procedeu-se à leitura do livro “Adivinha quanto eu gosto de ti na primavera”, de Sam Mc Bratney e ilustrado por Anita Jeram. Para introduzir o tema da primavera, pois nesse dia dava-se início a essa estação.

Depois, as crianças e os adultos que as acompanhavam fizeram flores, características desse tempo, em papel para se colocar numa árvore elaborada pelo grupo durante a época natalícia.

Após esta atividade de expressão plástica passou-se ao momento do movimento, realizando primeiro as deslocções características dos vários seres vivos (saltos à lebre, voar como a borboleta, girar à volta do sol como o girassol) que apareciam ao longo da história contada anteriormente. Depois introduziram-se algumas noções espaciais também evocadas na mesma, como grande e pequeno.

Antes da música “Adeus”, realizou-se ainda outra dinâmica, na qual as crianças e os seus prestadores de cuidados tinham que juntar-se costas com costas, depois as crianças deslocarem-se às costas dos adultos e, no final, dar um abraço ao seu adulto de referência.

Nesta sessão pretendeu-se enfatizar a importância do contato corporal entre o adulto e a criança, sendo este um aspeto importante ao nível da vinculação segura.



Figura 1: Livro utilizado na sessão de exemplo do EABT

ANEXO II

Exemplo de sessão do GB

Exemplo de sessão do GB

Na sessão realizada no dia 23/04/2013 no ginásio do STIP, cantou-se inicialmente a música “bom dia”, procedendo-se depois à leitura do livro “ A aranha e eu “ de Fran Alonso e Manuel G. Vicente. Uma vez que esta história abordava diversas partes do corpo foi solicitado aos adultos que identificassem através do toque essas mesmas partes nas suas crianças.



Figura 2: Livro utilizado na sessão de exemplo do GB

Posteriormente foi realizado um circuito que continha uma estrutura que servia de apoio para a sua deslocação autónoma possibilitando a recolha dos objetos que surgiam no chão, um túnel, e pegadas. Cada criança realizava o circuito com o seu adulto de referência e com o auxílio da estagiária e da Dra. Helena.

No momento final, introduziram-se algumas músicas infantis para que as crianças e os adultos se deslocassem ao ritmo desta.

Para terminar a sessão foi cantada a música “adeus” envolvendo as crianças nos tules.

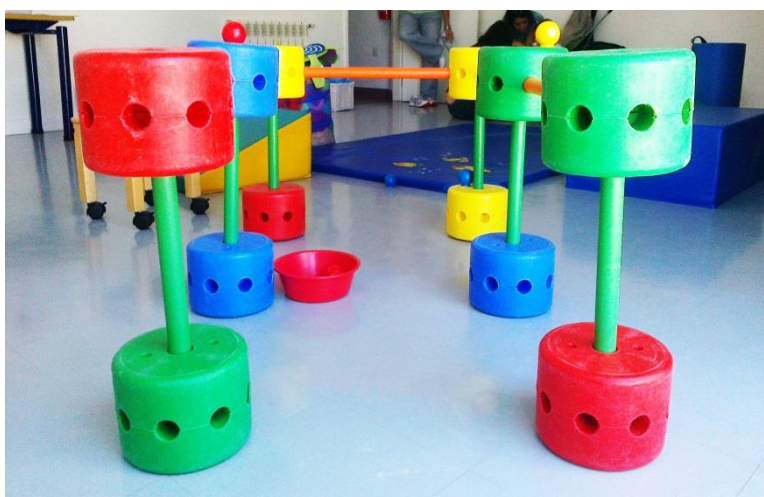


Figura 3: Estrutura que servia de apoio para a deslocação das crianças

ANEXO III

Folhas de cotação da GMDS

Secção

1º Ano Idade em meses (aprox.)	Subescala A Locomoção		Resp	Subescala B Pessoal-Social		Resp	Subescala C Audição e Linguagem		Resp	
1	1	Em decúbito ventral, levanta o queixo.	✓	1	Olha momentaneamente para uma pessoa.	✓	1	Assusta-se com os sons.	R	
	2	Empurra com os pés as mãos do examinador.	✓	2	Acalma-se quando lhe pegam ao colo.	R	2	Escuta uma sineta.	✓	
	3	Segura a cabeça na vertical por alguns segundos.	✓	3	Gosta do banho.	R	3	Emite sons para além do choro.	✓	
	4	Dá pontapés vigorosamente.	✓	4	Reconhece visualmente a Mãe.	✓	4	Lalação - 1 sílaba.	R	
	5	Em decúbito ventral, levanta a cabeça.	✓	5	Segue uma pessoa com o olhar.	✓	5	Produz 2 sons diferentes.	✓	
	6	Mostra-se activo(a) no banho - Dá pontapés.	R	6	Sorri.	✓	6	Atento(a) à música.	✓	
	7	Rola de um dos lados para trás.	✓	7	Vocaliza quando lhe falam.	✓	7	Procura o som com o olhar.	✓	
	2	8	Costas firmes, quando o(a) seguram sentado(a).	✓	8	Sorri ou emite um som em resposta ao olhar do examinador.	✓	8	Procura o som com movimentos da cabeça.	✓
		9	Em decúbito dorsal, levanta a cabeça.	✓	9	Amigável com estranhos.	R	9	Ri-se alto.	R
	3	10	Em decúbito ventral, levanta a cabeça e os ombros.	✓	10	Expressa duas ou mais emoções reconhecíveis - p.e., prazer, medo, tristeza, angústia ou irritação.	✓	10	"Conversa" (balbucia) com os outros.	✓
		11	Mantém continuamente a cabeça direita.	✓	11	Pára de chorar quando lhe falam.	R	11	Emite um som ou pára de chorar quando ouve música.	✓
	12	Em decúbito dorsal, levanta a cabeça e os ombros.	✓	12	Diverte-se quando brincam com ele(a).	✓	12	Vira deliberadamente a cabeça em direcção à sineta.	✓	
4	13	Reacção de gatinhar - 1: Levanta os joelhos, etc.	✓	13	Olha para a imagem no espelho - 1: Olha para a sua imagem.	✓	13	Produz 4 sons diferentes.	✓	
	14	Rola de um lado para o outro, passando por decúbito dorsal.	✓	14	Resiste quando o adulto, a brincar, lhe tenta tirar a argola.	✓	14	Escuta o diapasão.	✓	
5	15	Senta-se com um ligeiro apoio.	✓	15	Vira a cabeça para a pessoa que lhe fala ou canta.	✓	15	Reage quando o(a) chamam.	✓	
	16	Brinca com os dedos dos pés.	R	16	Segura uma colher.	✓	16	Manipula a sineta.	✓	
	17	Reacção de andar - 1: Movimentos de "dança".	✓	17	Movimentos antecipatórios quando alguém faz menção de lhe pegar.	✓	17	Procura chamar a atenção.	R	
	18	Senta-se sozinho(a) por pouco tempo.	✓	18	Distingue estranhos de familiares.	✓	18	Balbucia 2 sílabas.	✓	
	19	Reacção de gatinhar - 2: Roda sobre si mesmo(a) (<i>prone</i>).	✓	19	Está atento ao ambiente que o(a) rodeia - p.e., à mesa, à espera que o(a) alimentem.	✓	19	Escuta as conversas.	✓	
	6	20	Reacção de gatinhar - 3: Tenta gatinhar energeticamente.	✓	20	Manipula uma chávena ou colher, a brincar.	✓	20	Toca a sineta.	✓
		21	Rola de decúbito ventral para decúbito dorsal ou vice-versa.	✓	21	Zanga-se se lhe tiram um brinquedo.	✓	21	Observa imagens durante alguns segundos.	✓
	22	Reacção de gatinhar - 4: Faz alguns progressos para a frente e para trás.	✓	22	Segura e mordia biscoitos, bolachas, etc.	✓	22	Entoa (sons).	R	
	7	23	Reacção de andar - 2: um pé em frente do outro.	✓	23	Mostra interesse por crianças pequenas além dos irmãos.	R	23	Diz 1 palavra clara, com significado.	✓
		24	Fica sentado(a) sozinho(a) no chão.	R	24	Ajuda a segurar a chávena ou a caneca para beber.	✓	24	Balbucia frases de 4 sílabas.	R
	8	25	"Fica de pé" com ajuda.	✓	25	Tira o chapéu.	✓	25	Gosta de rimas e canções infantis.	✓
		26	Senta-se bem numa cadeira.	✓	26	Bebe por qualquer chávena ou caneca levada junto à sua boca.	✓	26	Reconhece o seu nome.	✓
9	27	Reacção de gatinhar - 5: Rasteja com as mãos e com os joelhos.	✓	27	Estica-se para que lhe peguem.	✓	27	Conversa quando está sozinho(a) ou a descansar.	✓	
	28	Levanta-se agarrado(a) à mobília.	✓	28	Come com os dedos (polegar e indicador).	R	28	Abana a cabeça para dizer "Não".	✓	
10	29	Consegue manter-se de pé agarrado(a) à mobília.	✓	29	Pega e bebe, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa.	R	29	Diz 2 palavras claras.	✓	
	30	Anda de lado agarrado(a) às grades da cama ou do parque.	✓	30	Dá uma resposta social à sua imagem no espelho - 2: Sorri ou brinca.	✓	30	Vocaliza quando ouve música.	✓	
11	31	Sobe um pequeno degrau ou elevação sem ajuda.	✓	31	Dá "miminhos".	R	31	Diz pequenas frases balbuciadas.	✓	
	32	Consegue andar apoiado(a).	✓	32	Brinca com os outros, fazendo jogos interactivos muito simples.	R	32	Diz 3 palavras.	✓	
12	33	Sobe escadas ou degraus.	✓	33	Brinca com a chávena, a colher e o pires.	✓	33	Identifica 1 objecto.	✓	
	34	Gosta de empurrar um carrinho de bebé, um cavalo de brincar, etc.	R	34	Acena "adeus".	R	34	Tenta nitidamente cantar.	R	
	35	Fica de pé sozinho(a).	✓	35	Interessa-se pelas actividades dos outros.	R	35	Identifica 2 objectos.	✓	
Secção I: A			Secção I: B			Secção I: C				
Total Itens = 32			Total Itens = 34			Total Itens = 31				

Primeiro Ano

Subescala D Coordenação Olho-Mão		Resp	Subescala E Realização		Resp	NOTAS E COMENTÁRIOS
1	Segue uma luz em movimento.	✓	1	Reflexo de preensão ao dedo do examinador.	✓	
2	Fixa por momentos a argola de guizos (ou brinquedo).	✓	2	Reacção ao Papel - 1: Movimentos generalizados.	✓	
3	Fixa a argola de guizos, parada.	✓	3	Faz movimentos enérgicos com os braços.	✓	
4	Segue a argola de guizos em movimento horizontal.	✓	4	Leva a mão à boca.	R	
5	Segue a argola de guizos em movimento vertical.	✓	5	Agarra uma vareta.	✓	
6	Desvia o olhar de um objecto para outro.	✓	6	Brinca com os dedos da mão.	R	
7	Segue a argola de guizos em movimento circular.	✓	7	Reacção ao Papel - 2: Abana a cabeça vigorosamente.	✓	
8	Olha para objectos puxados por um fio.	✓	8	Resiste a que lhe tirem a vareta.	✓	
9	Agarra a argola quando lhe dão.	✓	9	Olha para a caixa amarela que está na mesa.	✓	
10	Explora um ambiente novo com o olhar.	✓	10	Aperta o cubo colocado na sua mão e agarra-o.	✓	
11	Alcança a argola e agarra-a.	✓	11	Mostra interesse pela caixa amarela.	✓	
12	Leva a argola à boca.	✓	12	Larga um cubo para agarrar outro.	✓	
13	Estende a mão para a argola a baloiçar.	✓	13	Reacção ao Papel - 3: Retira-o.	✓	
14	Agarra a argola a baloiçar.	✓	14	Apanha um cubo ou brinquedo da mesa.	✓	
15	Explora a superfície da mesa com as mãos.	✓	15	Segura 2 cubos.	✓	
16	Brinca com a argola de guizos.	✓	16	Manipula um cubo ou brinquedo.	✓	
17	Alcança e agarra o fio.	✓	17	Agarra a caixa de cubos.	✓	
18	Procura um brinquedo caído.	✓	18	Passa um brinquedo ou um cubo de uma mão para a outra.	✓	
19	Bate com um objecto contra outro.	✓	19	Reacção ao Papel - 4: Alcança-o e apanha-o.	✓	
20	Segura na argola pelo fio.	✓	20	Manipula 2 objectos ao mesmo tempo.	✓	
21	Olha para os rabiscos feitos pelo examinador.	✓	21	Reacção ao Papel - 5: Brinca, rasga, amachaça.	✓	
22	Esboço de preensão com o polegar e o indicador.	✓	22	Levanta a chavena voltada sobre o brinquedo.	✓	
23	Baloíça a argola pelo fio.	—	23	Larga um cubo para agarrar um terceiro.	—	
24	Preensão fina.	✓	24	Agita a caixa amarela.	—	
25	Interessa-se pelo carro de brincar.	R	25	Levanta a tampa da caixa de cubos.	✓	
26	Gosta de pegar em brinquedos pequenos.	✓	26	Encontra o brinquedo debaixo da chavena.	✓	
27	"Alira" os brinquedos.	✓	27	Tenta tirar os cubos da caixa.	✓	
28	Oposição completa do polegar.	—	28	Segura o terceiro cubo.	—	
29	Pega no lápis como se fosse riscar no papel.	✓	29	Bate com um cubo no outro (por imitação).	1x2	
30	Aponta com o indicador.	—	30	Manipula a caixa, a tampa e os 2 cubos.	✓	
31	Puxa a argola ou um brinquedo pelo fio, enquanto brinca.	✓	31	Tira os dois cubos da caixa (com demonstração).	—	
32	Faz algumas marcas no papel com um lápis.	✓	32	Desembrulha e encontra um brinquedo ou cubo.	✓	
33	Mostra preferência por uma mão.	R	33	Encaixe: ○.	1x2	
34	Empurra carrinhos enquanto brinca.	✓	34	Tira tampa e os cubos das outras duas caixas.	—	
35	Segura quatro cubos ao mesmo tempo.	—	35	Repõe 2 cubos na caixa, quando encorajado(a).	✓	
Secção I: D			Secção I: E			
Total Itens =		29	Total Itens =		29	

Segundo Ano

Subescala D Coordenação Olho-Mão		Resp	Subescala E Realização		Resp	Objectos		
1	Faz rolar a bola enquanto brinca.	—	1	Encaixe: ○ ○ (1).	✓		Identificado	Nomeado
2	Põe um objecto em cima do outro - tampa, caixa ou cubo.	✓	2	Põe e tira os cubos das caixas, enquanto brinca.	✓	Bola		
3	Puxa o pano para alcançar o brinquedo.	✓	3	Encaixe: □.	✓	Colher		
4	Rabisca com alguma agulidade.	—	4	Encaixe: ○ ○ (2).	—	Escova		
5	Brincadeira construtiva com caixas ou outros materiais.	✓	5	Repõe a tampa na caixa.	✓	Carro		
6	Atira a bola a uma pessoa.	✓	6	Encaixe: □ ○ △ (1).	—	Boneca		
7	Torre de 3 cubos.	—	7	Encaixe: ○ / □ (2).	—	Chávena		
8	Torre de 4 cubos.	—	8	Encaixe: □ ○ △ (2).	—	Meia		
9	Diverte-se rabiscando vigorosamente.	—	9	Põe 2 cubos numa caixa e tapa-a.	✓	Cubo		
10	Transfere um cubo de um recipiente para outro.	—	10	Encaixe: □ ○ △ (3).	—	TOTAL		
11	Deita água de um recipiente para outro.	—	11	Encaixe: ○ / □ (2) - com rotação.	—	Controlo dos Esfincteres (Ver Subescala B) A - Controlo anal completo: A criança controla geralmente o esfíncter anal, exceptuando um descuido ocasional? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		
12	Torre de 5 cubos.	—	12	Encaixe: ○ ○ (2) - com rotação.	—			
13	Faz "andar" um cubo ou brinquedo.	✓	13	Põe 2 cubos em cada caixa.	—			
14	Imita um rabisco circular.	—	14	Encaixe: □ ○ △ (2) - com rotação.	—			
15	Torre de 6 cubos.	—	15	Encaixe: □ ○ △ (3) - com rotação.	—			
16	Atira a bola para um cesto.	—	16	Põe as tampas nas três caixas com cubos.	—			
17	Comboio de três cubos.	—	17	Desenrosca o brinquedo.	—			
18	Traço vertical.	—	18	Enrosca o brinquedo.	—			
19	Traço horizontal.	—	19	Põe 9 cubos na caixa e fecha-a com a tampa num máximo de 60 segundos (tempo Seg.).	—			
Secção II: D			Secção II: E					
Total Itens = 5			Total Itens = 5					

ANEXO IV

Apresentação do caso em reunião de Supervisão

- Data de referenciação: 16/11/2011, recebido a 03/01/2012
- Data do início da intervenção: 24/01/2012

Apresentação de caso

R. G.

STIP - ElI Sesimbra

Sofia Gomes da Silva

Dados anamnésicos

R.

- Nasceu dia 28 de Março de 2011;
- 32 semanas de gestação com 1520g;
- Internamento neonatal no HGO durante 20 dias;
- Diagnosticado com Trissomia 21.

Caraterização do agregado familiar

- Vive na Quinta do Conde com o Pai (Português, 36 anos), a Mãe (Brasileira, 48 anos) e a Irmã de (9 anos);
- O R. não frequenta creche, está com a Mãe em casa.

O R.

- Bastante expressivo;
- Encontra soluções criativas;
- Baixo limiar à frustração;
- Pouco tempo de atenção numa tarefa;
- Pouca experiência de interação com pares.

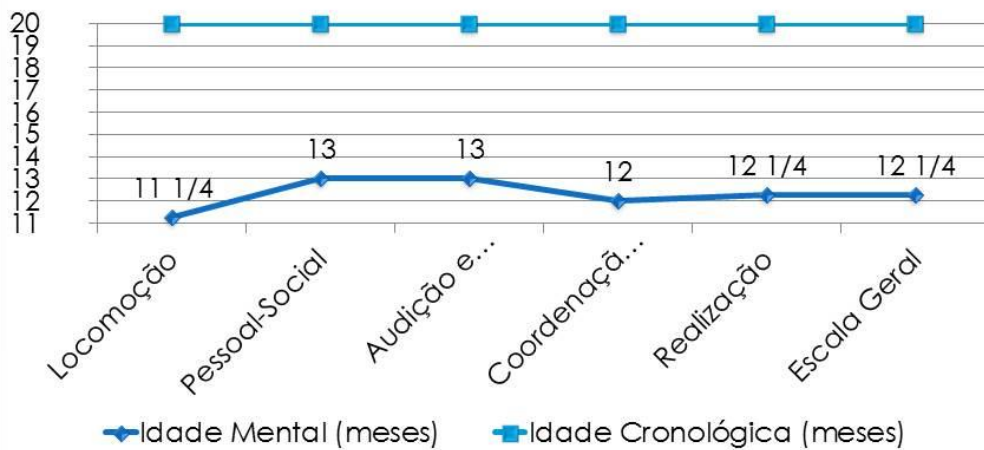
Primeira avaliação (03/12/2012)

Realizada aos 20m.

Com a **Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths.**

Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

Resultados em idade mental



Objetivos comportamentais

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais/Específicos
Locomoção	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar um padrão de marcha adequado apoiado durante 15s; Erguer-se na posição vertical sem apoio; Permanecer na posição vertical sem apoio durante 3s; Baixar-se sem apoio para alcançar um objecto.
Pessoal e Social	<ul style="list-style-type: none"> Segurar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa; Dar sinal quando a fralda está suja; Mostrar os pés quando solicitado pelo adulto.

Objetivos comportamentais

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais/Específicos
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar cantar uma música iniciada pelo adulto que a criança conheça; • Abanar a cabeça para expressar "não" quando lhe é colocada uma questão; • Nomear pelo menos três objetos quando solicitado.
Coordenação Olho – Mão	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar preferência por uma mão; • Realizar encaixes de formas simples sem ajuda do adulto; • Utilizar as duas mãos cooperativamente; • Conseguir lançar 3 vezes consecutivas a bola para o outro quando solicitado.

Objetivos comportamentais

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais/Específicos
Realização	<ul style="list-style-type: none"> • Construir uma torre de 4 copos de diferentes tamanhos após demonstração; • Bater um copo no outro por imitação.

Exemplo de sessão

- Sentados frente-a-frente contar até 3 e depois lançar a bola ao R., a criança apanha a bola e após a contagem lança-a de volta;
- Colocar 1 encaixe de cada vez na ranhura correspondente;
- Colocar os objetos que estão em cima do sofá numa caixa que se encontra no chão e vice-versa;
- Cantar com gestos as músicas “doidas andam as galinhas”, “estrelinha” e “pé pé pé” com a colaboração da Mãe;
- Posicionados nas extremidades do sofá (de pé) lançar a bola para o meio do sofá de forma a que o R. se desloque de pé apoiado no sofá até à bola e a lance novamente.

Segunda avaliação (27/06/2013)

Realizada aos 27m

Com **avaliação com referência a critério** para cada uma das áreas (locomotoção, pessoal-social, audição e linguagem, coordenação olho-mão e realização).

Esta avaliação foi realizada com a colaboração da Mãe durante um encontro em casa da família.

Avaliação com referência a critério 1

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais	Atingido, emergente ou não atingido
Locomoção	Efetuar um padrão de marcha adequado apoiado durante 15s	Atingido
	Erguer-se na posição vertical sem apoio	Emergente
	Permanecer na posição vertical sem apoio durante 3s	Emergente
	Baixar-se sem apoio para alcançar um objecto	Não atingido
Pessoal e Social	Segurar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa	Atingido
	Dar sinal quando a fralda está suja	Não atingido
	Mostrar os pés quando solicitado pelo adulto	Atingido

Avaliação com referência a critério 1

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais	Atingido, emergente ou não atingido
Audição e Linguagem	Nomear pelo menos três objetos quando solicitado	Atingido
	Tentar cantar uma música iniciada pelo adulto que a criança conheça	Emergente
	Abanar a cabeça para expressar "não" quando lhe é colocada uma questão	Atingido
Coordenação olho-mão	Mostrar preferência por uma mão.	Atingido
	Realizar encaixes de formas simples sem ajuda do adulto	Atingido
	Utilizar as duas mãos cooperativamente.	Atingido
	Conseguir lançar 3 vezes consecutivas a bola para o outro quando solicitado.	Atingido

Avaliação com referência a critério 1

Domínio do Desenvolvimento	Objetivos Comportamentais	Atingido, emergente ou não atingido
Realização	Construir uma torre de 4 copos de diferentes tamanhos após demonstração.	Atingido
	Bater um copo no outro por imitação.	Atingido

Segunda avaliação

Após reflexão, os elementos responsáveis pelo caso decidiram propor à família a sua ida ao Grupo da Brincadeira às Terças, sugerir ida ao parque da vila com o T. (também frequenta o GB) e elaborar um plano com atividades para a família realizar com o R. durante o período de férias de verão.

ANEXO V

Plano de atividades para férias

Algumas atividades para as férias

- O R. pode empurrar uma caixa de cartão rígida (suficientemente alta para se apoiar com as mãos) enquanto se desloca, se for necessário poderá colocar uma lista telefónica ou outro objeto com peso semelhante dentro da caixa para evitar que ande a uma velocidade descontrolada;
- Deslocar-se com as mãos apoiadas num bastão que o adulto segura ao nível dos ombros do R.;
- Encostar o R. a uma superfície plana e deixar que deslize nesta superfície para se agachar e, por exemplo, solicitar que apanhe um objeto que esteja no chão junto aos seus pés;
- Colocar ventosas atrativas num vidro de uma janela com diferentes alturas para que o R. consiga alcançá-las e retirá-las mantendo-se de pé;
- Fornecer apoio ao R. junto aos ombros e solicitar que pontapeie a bola ou o balão (com arroz/feijão lá dentro para fazer peso) de forma a deslocar-se;
- Atar muito bem um fio (ao nível dos ombros do R.) ao longo de uma divisão da casa para que possa deslocar-se agarrada ao mesmo;
- Explorar os diferentes terrenos nos parques infantis: apoiar o R. a deslocar-se na relva, na areia e noutros solos irregulares.

Boas férias!